

SALUD HMO Y MÁS AND SALUD PPO COVERAGE

health care without borders

Summary of Benefits
Effective January 1, 2006



Health Net®
A BETTER DECISION

This document is only a summary of your health coverage. You have the right to view the Plan Contract and Evidence of Coverages (EOC) for Salud con Health Net HMO y más plans and the Policy for Salud con Health Net PPO coverage prior to enrollment. To obtain a copy of these documents, contact your authorized Health Net Broker or your Health Net Sales Representative at **1-800-266-6606**. Your Plan Contract and EOC or Policy, which you will receive after you enroll, contains the terms and conditions, as well as the governing and exact contractual provisions, of your Health Net coverage. It is important for you to carefully read this document and your Plan Contract and EOC or Policy thoroughly once received, especially all sections that apply to those with special health care needs. Health benefits and coverage matrices on pages 5-16 are included to help you compare coverage benefits.

Please read the following information so you will know from whom or what group of providers health care may be obtained.

IMPORTANT INFORMATION TO KNOW ABOUT ENROLLING IN A PPO PLAN

Access to Care

Please read the following information to know from whom or which group of providers health care may be obtained.

In-network providers have agreed to provide you covered services and supplies and accept a special contracted rate, called the Allowable Charge, as payment in full. Your share of costs is based on this contracted rate.

Out-of-network providers have not agreed to participate in the Health Net PPO program. When you use an out-of-network provider, benefits are substantially reduced and you will incur a significantly higher out-of-pocket expense.

Your out-of-pocket expense is greater because:

- (i) You are responsible for a higher percentage cost of the benefits in comparison to the cost of benefits when services are provided by in-network providers.
 - (ii) Health Net's benefit for out-of-network providers is based on either a percentage of the Customary and Reasonable Charge, or Health Net's "Limited Fee Schedule." Please refer to the "PPO Summary of Benefits" insert for details.
 - (iii) You are financially responsible for any amounts these providers charge in excess of this amount. PPOs offer a choice of where you receive services: in-network and out-of-network. Doctors and facilities that are contracted with Health Net PPO are in-network. When you go out-of-network, you will pay more.
- Important information to know about enrolling in a PPO Plan.

CONTENTS

Affordable, quality health coverage on both sides of the border	2
How Salud HMO y más works	3
How Salud PPO works	3
Supplemental life insurance plans	4
Additional tools and resources	4
Salud HMO y más 10 benefits	5
Salud HMO y más 25 benefits	8
Salud PPO 15 benefits	11
Salud PPO 25 benefits	13
Salud PPO 15/25% (“Mexi-Plan”) benefits	15
Salud service area	17
How to apply for Salud HMO y más or Salud PPO coverage	17
Important things to know about all coverage options	18
Exclusions and limitations	26
Additional HMO product information	30
PPO coverage certification requirements	31





AFFORDABLE, QUALITY HEALTH COVERAGE ON BOTH SIDES OF THE BORDER

Life isn't always simple or predictable. You need health coverage in case of accidents and unexpected illness. And you deserve easy access to care, from doctors who can understand and address your unique needs.

Salud con Health Net HMO y más and Salud con Health Net PPO¹ insurance plans are simple and affordable health coverage solutions for individuals and families. For those living in California, they provide benefits on both sides of the California-Mexico border, from doctors and office personnel who speak your language and understand your culture.



SALUD HMO Y MÁS

Salud HMO y más is the first and only health plan that allows individuals with HMO coverage in Los Angeles and Northern Orange Counties to receive benefits when visiting providers in Mexico without referrals (see the Salud Service Area description on page 17 of this guide). This is what “health care without borders” is all about. The Salud HMO y más approach to health care is an ideal solution for individuals who live in California, yet want the flexibility of accessing care when traveling to Mexico, or have dependents living in Mexico.

SALUD PPO

The Salud PPO is an ideal insurance plan for individuals in Los Angeles, Orange and Ventura Counties who want the ultimate in freedom: whether in California or Mexico (see the Salud Service Area description later in this guide). This is because referrals are not required in order for you to be eligible for coverage, either in California or in Mexico.

¹Salud con Health Net HMO is underwritten by Health Net of California, Inc., a subsidiary of Health Net, Inc. Providers in the Health Net Salud Network (Salud Network) have been selected to provide services to members of this plan who live in California. A network of physicians contracting with Sistemas Medicos Nacionales S.A. de C.V. (SIMNSA) has been selected to provide services to members who live in Mexico. Salud con Health Net PPO is underwritten by Health Net Life Insurance Company, a subsidiary of Health Net of California, Inc.

How Salud HMO y más works

With Salud HMO y más, you and your enrolled family members in Los Angeles and Northern Orange Counties² can receive coverage through the Health Net Salud HMO Network for:

- Visits to your primary doctor.
- Visits to other California providers in the Health Net Salud HMO Network, upon a referral from your doctor.
- Visits to a doctor or hospital in Sistemas Medicos Nacionales (SIMNSA) in Mexico – no referrals required.

If residing in California, you must select at the time of enrollment a Salud Network Primary Care Physician (PCP) close enough to your residence or place of work to allow reasonable access to medical care. You do not have to choose the same PCP for all members of your family. Your Salud Network PCP oversees all your health care in California and provides the referral/authorization if specialty care is needed. Primary Care Physicians include general and family practitioners, internists, pediatricians and OB/GYNs. For care received in California, your PCP must first be contacted for initial treatment and consultation before

you receive any care or treatment through a hospital, specialist, or other health care provider, except for OB/GYN visits, as set out later in this guide. All treatments recommended by such providers must be authorized by your PCP. In addition, if you reside in California, you may go to any contracting provider in the SIMNSA network at any time without a referral.

Enrolled family members in Mexico may go to any contracting provider in the SIMNSA network and will not be required to select a particular SIMNSA physician group or facility for services. All covered services must be received through the selected SIMNSA providers. Enrolled family members in Mexico cannot receive plan benefits when visiting California providers, except in the case of emergency or urgently needed care.

The Salud HMO Network in California includes doctors, hospitals, specialists and other providers within Los Angeles and Northern Orange Counties. Many doctors and office staff speak Spanish, and are recognized leaders in serving the Latino community. The SIMNSA Network includes doctors and hospitals in the following cities: Tijuana, Mexicali, Tecate, and Rosarito. Combined, the Salud HMO Network and SIMNSA Network include more than 2,000 health care professionals and 36 hospitals.³

How Salud PPO works

With Salud PPO, you and your enrolled family in California can receive coverage for:

- Visits to your doctor, as well as most other providers in the Salud PPO Network – no referrals required.⁴
- Visits to any other licensed medical professional in California (usually at higher “out-of-pocket” costs to you).
- Visits to any SIMNSA doctor or hospital in Mexico.

Family members residing in Mexico are eligible to receive coverage in the SIMNSA network.⁵

The Salud PPO Network in California includes doctors, hospitals, specialists and other providers within Los Angeles, Orange and Ventura Counties. Many doctors and office staff speak Spanish, and are recognized leaders in serving the Latino community. The SIMNSA Network includes doctors and hospitals in the following cities: Tijuana, Mexicali, Tecate, and Rosarito. Combined, the Salud PPO Network and SIMNSA Network include more than 1,100 health care professionals and 37 hospitals.³

²See the Salud Service Area description later in this guide.

³Data as of August 2005.

⁴Some specified services require a referral or authorization from your doctor.

⁵Family members in Mexico cannot receive plan benefits when visiting California providers.

Supplemental life insurance plans¹

You have big dreams for your children. You want to make sure they grow up in a comfortable home and have adequate necessities. But what if death robs your family of your support? All of these dreams can still come true – if you plan now to provide the financial resources your family will need.

YOU CAN TRUST HEALTH NET LIFE INSURANCE COMPANY FOR YOUR TERM LIFE INSURANCE NEEDS

Health Net Life Insurance Company offers affordable Individual Term Life Insurance in the following amounts: \$15,000, \$30,000 and \$50,000.



MONTHLY TERM LIFE INSURANCE RATES

AGE OF PRIMARY INSURED	COST PER \$1,000	TOTAL MONTHLY COST		
		\$15,000	\$30,000	\$50,000
19–29	\$0.19	\$2.85	\$5.70	\$9.50
30–39	\$0.22	\$3.30	\$6.60	\$11.00
40–49	\$0.50	\$7.50	\$15.00	\$25.00
50–59	\$1.37	\$20.55	\$41.10	\$68.50
60–64	\$2.00	\$30.00	\$60.00	\$100.00

Terms:

- If you wish to purchase life insurance, you must purchase a minimum coverage of \$15,000
- The maximum life insurance benefit is \$50,000
- You must be at least 19 years old to purchase Individual Term Life Insurance
- Only available for primary subscriber
- Not available with HIPAA guarantee issue plan

Additional tools and resources

We understand that your busy life is filled with work, home, family and social obligations. That's why we've made your access to plan information easy:

Assistance when you need it. Once you are a Health Net member, our Customer Contact Center is available Monday through Friday, 8 a.m. to 6 p.m. This exclusive phone line is staffed with Spanish-speaking representatives who can help answer your questions. For

basic coverage questions, an interactive Spanish language voice response unit is available 24 hours a day, seven days a week.

Automated payments. You also have the option of paying your health premiums via credit card or an automatic bank draft from a checking account, as well as by check.

¹Since you apply for health insurance with Health Net, there is no additional information to review your eligibility for Individual Term Life Insurance. Coverage will not become effective until approved in writing by Health Net Life Insurance Company.

PRINCIPAL BENEFITS AND COVERAGE MATRIX – SALUD HMO Y MÁS 10

THIS MATRIX IS INTENDED TO BE USED TO HELP YOU COMPARE COVERAGE BENEFITS AND IS A SUMMARY ONLY. THE PLAN CONTRACT AND EVIDENCE OF COVERAGE (EOC) SHOULD BE CONSULTED FOR A DETAILED DESCRIPTION OF COVERAGE BENEFITS AND LIMITATIONS.

Copayments, benefits and certain legal remedies available to members who live in Mexico and obtain care through SIMNSA may differ from those available for members who live in California and obtain care through the Salud Network.

There are two levels of copayments listed for each covered service or supply. The SIMNSA copayments apply to members receiving care in Mexico. These members must use a contracting provider affiliated with SIMNSA operating in approved regions of Mexico. The Salud Network copayments apply to members who receive care in California within the designated service area of this plan. Members who receive care in California must use their selected Salud Network provider except for emergency or urgent care. Members are responsible for the copayment levels applicable to their selected contracting provider. Family members enrolled in Mexico cannot receive plan benefits when visiting California providers, except in the case of emergency or urgently needed care.

BENEFIT	SALUD HMO Y MÁS 10	
	SIMNSA (MEXICO)	SALUD (CA)
LIFETIME MAXIMUMS	Unlimited	Unlimited
OUT-OF-POCKET MAXIMUM¹ (Payments for services not covered by this plan will not be applied to this yearly out-of-pocket maximum.)	N/A	\$1,500 single \$3,000 family
PROFESSIONAL SERVICES		
Visit to physician	\$5	\$10
Specialist consultations	\$5	\$10
Prenatal and postnatal office visits	\$5	\$10
PREVENTIVE CARE		
Periodic health evaluations ²	\$5	\$10
Vision screenings and exams	\$5	\$10
Hearing screenings and exams	\$5	\$10
Immunizations – Standard	Covered in full	\$10
Immunizations – To meet foreign travel or occupational requirements	Covered in full	20%
Prostate cancer screening and exam	\$5	\$10
Annual OB/GYN exam (breast and pelvic exams, cervical cancer screening & mammography) ³	\$5	\$10
Allergy testing	Covered in full	\$10
Allergy injection services	\$5	\$10
All other injections	Covered in full	Covered in full
Allergy serum	Covered in full	Covered in full
OUTPATIENT SERVICES		
Outpatient surgery (hospital or outpatient surgery center charges only)	Covered in full	\$250
Outpatient facility services (other than surgery)	Covered in full	Covered in full
HOSPITALIZATION SERVICES		
Semiprivate hospital room or intensive care unit with ancillary services (unlimited, except for non-severe mental health and chemical dependency treatment)	Covered in full	\$250 per admission
Surgeon or assistant surgeon services	Covered in full	Covered in full
Skilled nursing facility stay (limited to 100 days per calendar year)	Covered in full	\$50 each day
Maternity care in hospital or skilled nursing facility	Covered in full	\$250 per admission
Physician visit to hospital or skilled nursing facility (excluding care for substance abuse and mental disorders)	Covered in full	Covered in full
EMERGENCY HEALTH COVERAGE		
Emergency room (professional and facility charges)	\$10	\$50 (waived if admitted to hospital)
Urgent care center (professional and facility charges)	\$10	\$10 (waived if admitted to hospital)

BENEFIT	SALUD HMO Y MÁS 10 (CONTINUED)	
	SIMNSA (MEXICO)	SALUD (CA)
AMBULANCE SERVICES		
Ground ambulance	Covered in full	\$50
Air ambulance	Covered in full	\$50
PRESCRIPTION DRUG COVERAGE^{4,6}		
SIMNSA participating pharmacies (up to a 30-day supply in Mexico)	\$5	N/A
Health Net participating retail pharmacy (up to a 30-day supply in California) ⁵	N/A	\$5 Level I (primarily generic); \$35 Level II (primarily brand name, peak flow meters, inhaler spacers and diabetic supplies, including insulin); \$50 Level III (or drugs not on the Recommended Drug List); \$35 Contraceptive devices
Maintenance drugs through the mail order program (up to a 90-day supply) Available in California only ⁵	Not covered	\$10 Level I (primarily generic); \$70 Level II (primarily brand name, peak flow meters, inhaler spacers and diabetic supplies, including insulin); \$100 Level III (or drugs not on the Recommended Drug List)
Smoking Cessation Drugs	\$5	50% (covered up to a 12-week course of therapy per calendar year if you are concurrently enrolled in a comprehensive smoking cessation behavioral support program. For information regarding smoking cessation behavioral support programs available through Health Net, contact Member Services at the telephone number on your Health Net ID Card or visit the Health Net website at www.healthnet.com) ⁵
DURABLE MEDICAL EQUIPMENT (including nebulizers, face masks and tubing for the treatment of asthma)		
Durable medical equipment	Covered in full	50%
Prosthetic devices ⁷	Covered in full	Covered in full
MENTAL HEALTH SERVICES FOR SEVERE MENTAL ILLNESS AND SERIOUS EMOTIONAL DISTURBANCES OF A CHILD CONDITIONS⁸		
Outpatient	\$5	\$10
Inpatient	Covered in full	\$250 per admission
MENTAL HEALTH SERVICES FOR NONSEVERE MENTAL ILLNESS⁸		
Outpatient	\$5	\$10
Inpatient	Covered in full	\$250 per admission
CHEMICAL DEPENDENCY SERVICES		
Acute care (detoxification)	20%	\$100 per day
HOME HEALTH SERVICES		
Home health services (100 visits per calendar year maximum; limited to three visits per day, four-hour maximum per visit)	Not covered	\$15
OTHER		
Diabetic Equipment (includes blood glucose monitors, insulin pumps, and podiatric devices) ⁷	Covered in full	\$25
X-ray and laboratory procedures	Covered in full	Covered in full
Rehabilitative therapy (includes physical, speech, occupational, and respiratory therapy)	\$5	\$10
Sterilizations	\$50	\$100
Organ and bone marrow transplants (non-experimental and non-investigational)	Covered in full	Covered in full
Hospice services ⁹	See "Semiprivate hospital room or intensive care unit with ancillary services" under "Hospitalization Services"	Covered in full

¹Copayments that you or your family members pay for covered services apply toward the individual or family out-of-pocket (OOPM). After you or your family members meet your OOPM, you pay no additional amounts for covered services for the balance of the calendar year, except as otherwise noted. Once an individual member in a family satisfies the individual out-of-pocket maximum, the remaining enrolled family members must continue to pay the copayments until either (a) the aggregate of such copayments and deductibles paid by the family reaches the family out-of-pocket maximum or (b) each enrolled family member individually satisfies the individual out-of-pocket maximum. You are responsible for all charges related to services not covered by the health plan. Amounts which are paid toward certain covered services, are not applicable to a Member's out-of-pocket maximum, as noted in this matrix. Payments for services not covered by this plan will not be applied to this yearly out-of-pocket maximum. In order for the family out-of-pocket maximum to apply, you and your family must be enrolled as a family.

²For preventive health purposes, a periodic health evaluation and diagnostic preventive procedures are covered, based on recommendations published by the U.S. Preventive Services Task Force

³Women may obtain OB/GYN physician services in their Primary Care Physician's Physician Group for OB/GYN preventive care, pregnancy and gynecological ailments without first contacting their Primary Care Physician. Mammograms are covered at the following intervals: One for ages 35–39, one every 24 months for ages 40–49, and one every year for age 50 and older.

⁴Does not apply to out-of-pocket maximum, except copayments for peak flow meters, inhaler spacers used for the treatment of asthma and diabetic supplies.

⁵The Health Net Recommended Drug List is the approved list of medications covered for illnesses and conditions. It is prepared by Health Net and distributed to Health Net contracted physicians and participating pharmacies. The Health Net Recommended Drug List is applicable to drugs 1) prescribed for Members living in California and 2) purchased at Health Net Participating Pharmacies. Some drugs on the List may require prior authorization from Health Net. Drugs that are not listed on the List (previously known as non-Formulary) that are not limited or excluded from coverage are covered. Some drugs that are not listed on the list require prior authorization from Health Net. Urgent requests from Physicians are handled in a timely fashion, not to exceed 72 hours, as appropriate and Medically Necessary, for the nature of the Member's condition after Health Net's receipt of the information reasonably necessary and requested by Health Net to make the determination. Routine requests from Physicians are processed in a timely fashion, not to exceed 5 days, as appropriate and Medically Necessary, for the nature of the Member's condition after Health Net's receipt of the information reasonably necessary and requested by Health Net to make the determination. For a copy of the Recommended Drug List, call Member Services at the number listed on your ID card or visit our website at www.healthnet.com.

⁶If the usual and customary charge is less than the applicable copayment, then you will pay the usual and customary charge.

⁷Diabetic equipment covered under the medical benefit (through "Diabetic Equipment") includes blood glucose monitors designed to assist the visually impaired, insulin pumps and related supplies, and podiatric devices. Diabetic equipment and supplies covered under the prescription drug benefit include insulin, specific brands of glucose monitors and blood glucose testing strips, Ketone urine testing strips, lancets and lancet puncture devices, reusable pen delivery systems (including pen needles) for the administration of insulin and insulin syringes. Additionally, the following supplies are covered under the medical benefit as specified: visual aids (excluding eyewear) to assist the visually impaired with proper dosing of insulin are provided through the prosthetics benefit; Glucagon, provided through the self-injectables benefit.

Self-management training, education and medical nutrition therapy will be covered, only when provided by licensed health care professionals with expertise in the management or treatment of diabetes (provided through the patient education benefit).

⁸See page 23 for definitions of severe mental illness or serious emotional disturbances of a child. For the Salud tier, treatment of non-severe mental disorders is limited to 20 outpatient visits and 30 inpatient days per calendar year. For the SIMNSA tier, treatment of non-severe mental disorders is limited to 20 outpatient visits and 20 inpatient days per calendar year.

⁹Hospice care available in Mexico is only in an acute hospital setting. Your copayment for hospice care will be the same as for inpatient hospital services (see "Semiprivate hospital room or intensive care unit with ancillary services" under "Hospitalization services" in the matrix above).

PRINCIPAL BENEFITS AND COVERAGE MATRIX — SALUD HMO Y MÁS 25

THIS MATRIX IS INTENDED TO BE USED TO HELP YOU COMPARE COVERAGE BENEFITS AND IS A SUMMARY ONLY. THE PLAN CONTRACT AND EVIDENCE OF COVERAGE (EOC) SHOULD BE CONSULTED FOR A DETAILED DESCRIPTION OF COVERAGE BENEFITS AND LIMITATIONS.

Copayments, benefits and certain legal remedies available to members who live in Mexico and obtain care through SIMNSA may differ from those available for members who live in California and obtain care through the Salud Network.

There are two levels of copayments listed for each covered service or supply. The SIMNSA copayments apply to members receiving care in Mexico. These members must use a contracting provider affiliated with SIMNSA operating in approved regions of Mexico. The Salud Network copayments apply to members who receive care in California within the designated service area of this plan. Members who receive care in California must use their selected Salud Network provider except for emergency or urgent care. Members are responsible for the copayment levels applicable to their selected contracting provider. Family members enrolled in Mexico cannot receive plan benefits when visiting California providers, except in the case of emergency or urgently needed care.

BENEFIT	SALUD HMO Y MÁS 25	
	SIMNSA (MEXICO)	SALUD (CA)
LIFETIME MAXIMUMS	Unlimited	Unlimited
OUT-OF-POCKET MAXIMUM¹ (Payments for services not covered by this plan will not be applied to this yearly out-of-pocket maximum.)	N/A	\$3,500 single \$7,000 family
PROFESSIONAL SERVICES		
Visit to physician	\$5	\$25
Specialist consultations	\$5	\$25
Prenatal and postnatal office visits	\$5	\$25
PREVENTIVE CARE		
Periodic health evaluations ²	\$5	\$25
Vision screenings and exams	\$5	\$25
Hearing screenings and exams	\$5	\$25
Immunizations – Standard	Covered in full	\$25
Immunizations – To meet foreign travel or occupational requirements	Covered in full	20%
Prostate cancer screening and exam	\$5	\$25
Annual OB/GYN exam (breast and pelvic exams, cervical cancer screening & mammography) ³	\$5	\$25
Allergy testing	Covered in full	\$25
Allergy injection services	\$5	\$25
All other injections	Covered in full	Covered in full
Allergy serum	Covered in full	Covered in full
OUTPATIENT SERVICES		
Outpatient surgery (hospital or outpatient surgery center charges only)	Covered in full	\$500
Outpatient facility services (other than surgery)	Covered in full	30%
HOSPITALIZATION SERVICES		
Semiprivate hospital room or intensive care unit with ancillary services (unlimited, except for non-severe mental health and chemical dependency treatment)	Covered in full	\$1,500 per admission
Surgeon or assistant surgeon services	Covered in full	Covered in full
Skilled nursing facility stay (limited to 100 days per calendar year)	Covered in full	\$50 per day
Maternity care in hospital or skilled nursing facility	Covered in full	\$1,500 per admission
Physician visit to hospital or skilled nursing facility (excluding care for substance abuse and mental disorders)	Covered in full	Covered in full
EMERGENCY HEALTH COVERAGE		
Emergency room (professional and facility charges)	\$10	\$100 (waived if admitted to hospital)
Urgent care center (professional and facility charges)	\$10	\$25 (waived if admitted to hospital)
AMBULANCE SERVICES		
Ground ambulance	Covered in full	\$100
Air ambulance	Covered in full	\$100

BENEFIT	SALUD HMO Y MÁS 25 (CONTINUED)	
	SIMNSA (MEXICO)	SALUD (CA)
PRESCRIPTION DRUG COVERAGE^{4,6}		
Deductible (per member, per calendar year applies) ⁷	Not applicable	\$150 brand name deductible
SIMNSA participating pharmacies (up to a 30-day supply in Mexico)	\$5	N/A
Health Net participating retail pharmacy (up to a 30-day supply in California) ⁵	N/A	\$5 Level I (primarily generic); \$35 Level II (primarily brand name, peak flow meters, inhaler spacers and diabetic supplies, including insulin); \$50 Level III (or drugs not on the Recommended Drug List); \$35 Contraceptive devices
Maintenance drugs through the mail order program (up to a 90-day supply) Available in California only ⁵	Not covered	\$10 Level I (primarily generic); \$70 Level II (primarily brand name, peakflow meters, inhaler spacers and diabetic supplies, including insulin); \$100 Level III (or drugs not on the Recommended Drug List)
Smoking Cessation Drugs	\$5	50% (covered up to a 12-week course of therapy per calendar year if you are concurrently enrolled in a comprehensive smoking cessation behavioral support program. For information regarding smoking cessation behavioral support programs available through Health Net, contact Member Services at the telephone number on your Health Net ID Card or visit the Health Net website at www.healthnet.com) ⁵
DURABLE MEDICAL EQUIPMENT (including nebulizers, face masks and tubing for the treatment of asthma)		
Durable medical equipment	Covered in full	50%
Prosthetic devices ⁸	Covered in full	Covered in full
MENTAL HEALTH SERVICES FOR SEVERE MENTAL ILLNESS AND SERIOUS EMOTIONAL DISTURBANCES OF A CHILD CONDITIONS⁹		
Outpatient	\$5	\$25
Inpatient	Covered in full	\$1,500 per admission
MENTAL HEALTH SERVICES FOR NONSEVERE MENTAL ILLNESS⁹		
Outpatient	\$5	\$25
Inpatient	Covered in full	\$1,500 per admission
CHEMICAL DEPENDENCY SERVICES		
Acute care (detoxification)	20%	\$100 per day
HOME HEALTH SERVICES		
Home health (services 100 visits per calendar year maximum; limited to three visits per day, four-hour maximum per visit)	Not covered	\$25
OTHER		
Diabetic Equipment (includes blood glucose monitors, insulin pumps, and podiatric devices) ⁸	Covered in full	\$25
X-ray and laboratory procedures	Covered in full	Covered in full
Rehabilitative therapy (includes physical, speech, occupational, and respiratory therapy)	\$5	\$25
Sterilizations	\$50	\$200
Organ and bone marrow transplants (non-experimental and non-investigational)	Covered in full	Covered in full
Hospice services ¹⁰	See "Semiprivate hospital room or intensive care unit with ancillary services" under "Hospitalization Services"	Covered in full

¹Copayments that you or your family members pay for covered services apply toward the individual or family out-of-pocket (OOPM). After you or your family members meet your OOPM, you pay no additional amounts for covered services for the balance of the calendar year, except as otherwise noted. Once an individual member in a family satisfies the individual out-of-pocket maximum, the remaining enrolled family members must continue to pay the copayments until either (a) the aggregate of such copayments and deductibles paid by the family reaches the family out-of-pocket maximum or (b) each enrolled family member individually satisfies the individual out-of-pocket maximum. You are responsible for all charges related to services not covered by the health plan. Amounts which are paid toward certain covered services, are not applicable to a Member's out-of-pocket maximum, as noted in this matrix. Payments for services not covered by this plan will not be applied to this yearly out-of-pocket maximum. In order for the family out-of-pocket maximum to apply, you and your family must be enrolled as a family.

²For preventive health purposes, a periodic health evaluation and diagnostic preventive procedures are covered, based on recommendations published by the U.S. Preventive Services Task Force

³Women may obtain OB/GYN physician services in their Primary Care Physician's Physician Group for OB/GYN preventive care, pregnancy and gynecological ailments without first contacting their Primary Care Physician. Mammograms are covered at the following intervals: One for ages 35–39, one every 24 months for ages 40–49, and one every year for age 50 and older.

⁴Does not apply to out-of-pocket maximum, except copayments for peak flow meters, inhaler spacers used for the treatment of asthma and diabetic supplies.

⁵The Health Net Recommended Drug List is the approved list of medications covered for illnesses and conditions. It is prepared by Health Net and distributed to Health Net contracted physicians and participating pharmacies. The Health Net Recommended Drug List is applicable to drugs 1) prescribed for Members living in California and 2) purchased at Health Net Participating Pharmacies. Some drugs on the List may require prior authorization from Health Net. Drugs that are not listed on the List (previously known as non-Formulary) that are not limited or excluded from coverage are covered. Some drugs that are not listed on the list require prior authorization from Health Net. Urgent requests from Physicians are handled in a timely fashion, not to exceed 72 hours, as appropriate and Medically Necessary, for the nature of the Member's condition after Health Net's receipt of the information reasonably necessary and requested by Health Net to make the determination. Routine requests from Physicians are processed in a timely fashion, not to exceed 5 days, as appropriate and Medically Necessary, for the nature of the Member's condition after Health Net's receipt of the information reasonably necessary and requested by Health Net to make the determination. For a copy of the Recommended Drug List, call Member Services at the number listed on your ID card or visit our website at www.healthnet.com.

⁶If the usual and customary charge is less than the applicable copayment, then you will pay the usual and customary charge.

⁷The brand name prescription drug deductible (per member, per calendar year) must be paid for brand name prescription drug covered services before Health Net begins to pay. The brand name prescription drug deductible does not apply to peak flow meters, inhaler spacers used for the treatment of asthma and diabetic supplies and equipment dispensed through a participating pharmacy. Prescription drug covered expenses are the lesser of Health Net's contracted pharmacy rate or the pharmacy's usual and customary charge for covered prescription drugs.

⁸Diabetic equipment covered under the medical benefit (through "Diabetic Equipment") includes blood glucose monitors designed to assist the visually impaired, insulin pumps and related supplies, and podiatric devices. Diabetic equipment and supplies covered under the prescription drug benefit include insulin, specific brands of glucose monitors and blood glucose testing strips, Ketone urine testing strips, lancets and lancet puncture devices, reusable pen delivery systems (including pen needles) for the administration of insulin and insulin syringes. Additionally, the following supplies are covered under the medical benefit as specified: visual aids (excluding eyewear) to assist the visually impaired with proper dosing of insulin are provided through the prosthetics benefit; Glucagon, provided through the self-injectables benefit. Self-management training, education and medical nutrition therapy will be covered, only when provided by licensed health care professionals with expertise in the management or treatment of diabetes (provided through the patient education benefit).

⁹See page 23 for definitions of severe mental illness or serious emotional disturbances of a child. For the Salud tier, treatment of non-severe mental disorders is limited to 20 outpatient visits and 30 inpatient days per calendar year. For the SIMNSA tier, treatment of non-severe mental disorders is limited to 20 outpatient visits and 20 inpatient days per calendar year.

¹⁰Hospice care available in Mexico is only in an acute hospital setting. Your copayment for hospice care will be the same as for inpatient hospital services (see "Semiprivate hospital room or intensive care unit with ancillary services" under "Hospitalization services" in the matrix above).

PRINCIPAL BENEFITS AND COVERAGE MATRIX – SALUD PPO 15

THIS MATRIX IS INTENDED TO BE USED TO HELP YOU COMPARE COVERAGE BENEFITS AND IS A SUMMARY ONLY. THE PLAN CONTRACT AND EVIDENCE OF COVERAGE (EOC) SHOULD BE CONSULTED FOR A DETAILED DESCRIPTION OF COVERAGE BENEFITS AND LIMITATIONS.

BENEFIT	SALUD PPO 15		
	SIMNSA (MEXICO)	IN NETWORK ¹ (CA)	OUT-OF-NETWORK ² (CA)
LIFETIME MAXIMUM		\$6,000,000 combined	
ANNUAL DEDUCTIBLE Family deductible is met when two family members meet their individual deductibles	N/A	\$1,500 single / 2 per family	\$3,000 single / 2 per family
ANNUAL OUT-OF-POCKET MAXIMUM	\$1,000 single \$2,000 family	Each member must meet calendar deductible only / 2 per family	Each member must meet calendar deductible only / 2 per family
PROFESSIONAL SERVICES Visit to physician	\$5	\$15 (deductible waived)	50%
X-ray and laboratory procedures ⁴	10%	Covered in full after deductible is met	50%
ANNUAL ROUTINE PHYSICAL EXAMS⁹	Not covered	Covered in full after deductible is met	Not covered
PREVENTIVE CARE Adult preventive care (age 19 and older) Annual OB/GYN exam ³ (breast and pelvic exams, Pap smears and mammography) / Annual prostate cancer screening and exam	\$5	\$15 (deductible waived)	Not covered
Child preventive care (newborns to age 18) Checkups, immunizations, vision and hearing exams	\$5	\$15 (deductible waived)	Not covered
MATERNITY AND PREGNANCY Prenatal and postnatal office visits	10%	Covered in full after deductible is met	50%
Maternity care in hospital	10%	Covered in full after deductible is met	50% ⁷
EMERGENCY AND URGENT CARE Emergency room (professional and facility charges)	10% + \$25 deductible if not admitted inpatient	Covered in full after deductible is met	Covered in full after deductible is met
Urgent care center (facility charges)	10% + \$25 deductible if not admitted inpatient	Covered in full after deductible is met	Covered in full after deductible is met
Ambulance ⁴	\$20 + 10%	Covered in full after deductible is met	Covered in full after deductible is met
OUTPATIENT SERVICES⁴ Outpatient Surgery (hospital or outpatient surgery center charges only)	10%	Covered in full after deductible is met	50% ⁷
Outpatient facility services	10%	Covered in full after deductible is met	50% ⁷
HOSPITALIZATION SERVICES⁴ Inpatient, semiprivate hospital room or intensive care unit with ancillary services (unlimited, except for non-severe mental health and substance abuse treatment)	10%	Covered in full after deductible is met	50% ⁷
Surgeon or assistant surgeon and anesthetic service (inpatient hospital setting)	10%	Covered in full after deductible is met	50%
REPRODUCTIVE HEALTH Sterilization	10%	Covered in full after deductible is met	Not covered

BENEFIT		SALUD PPO 15 (CONTINUED)	
	SIMNSA (MEXICO)	IN NETWORK ¹ (CA)	OUT-OF-NETWORK ² (CA)
OTHER SERVICES Rehabilitative therapy includes physical, speech, occupational, respiratory and cardiac therapy ⁴	10% (12-visit calendar year maximum)	Covered in full after deductible is met (20-visit calendar year maximum)	Not covered
Chiropractic care / Acupuncture	Not covered	Covered in full after deductible is met (12-visit calendar year maximum/\$20 maximum payable per visit)	Not covered
Mental health for non-severe conditions ^{4,5,6}	\$5 + 10%	Covered in full after deductible is met	50%
Durable medical equipment (including foot orthotics) ⁴	10%	Covered in full after deductible is met (\$200 maximum per calendar year combined with SIMNSA)	Not covered
OUTPATIENT PRESCRIPTION DRUGS⁸ Filled at participating pharmacy (up to a 30-day supply); Not covered at non-participating pharmacies	\$5	\$5 Level I (generic) \$150 brand deductible \$35 Level II (brand) \$50 Level III (non-formulary)	Not covered

¹The member pays the negotiated rate, which is the rate the Participating or Preferred Provider has agreed to accept for providing a covered service.

²Percentage is a portion of the covered expense based on (C & R) Customary and Reasonable. You are also responsible for any charges in excess of the covered expense.

³Mammograms are covered at the following intervals: One for ages 35-39, one every 24 months for ages 40-49, and one every year for age 50 and older.

⁴Certain services require prior certification from Health Net. Without prior certification, benefit reduced by 50%.

⁵Covered expenses incurred for non-severe mental illness and chemical dependency do not apply to the out-of-pocket maximum.

⁶Non-severe mental illness inpatient maximum payable per day is \$300, benefit maximum is 30 days; if covered by the plan, outpatient non-severe mental illness is \$30 maximum payable per visit, 20 visits maximum per year.

⁷Maximum Allowable charges are \$600 per day.

⁸If applicable, the prescription drug Brand calendar year deductible (per member), must be paid for prescription drug covered services before Health Net begins to pay. The pharmacy Brand deductible is per member and separate from the calendar year medical deductible. Prescription drug covered expenses are the lesser of Health Net's contracted pharmacy rate or the pharmacy's usual and customary charge for covered prescription drugs. Prescription drug charges do not apply to your maximum out-of-pocket limit.

The Recommended Drug List is a list of the prescription drugs that are covered by this plan. It is prepared by Health Net and given to member physicians and participating pharmacies. Some drugs require prior authorization from Health Net. Also, if your condition requires the use of a drug that is not in the recommended Drug List, your physician may request the drug through the prior authorization process. Urgent prior authorization requests are handled within 72 hours. For a copy of the Recommended Drug List, call the Customer Contact Center at the number listed on your Health Net ID card or visit our website at www.healthnet.com.

⁹Annual routine physical exams are limited to one exam each calendar year and a maximum payment of \$200 for the exam and all x-ray and laboratory procedures.

PRINCIPAL BENEFITS AND COVERAGE MATRIX – SALUD PPO 25

THIS MATRIX IS INTENDED TO BE USED TO HELP YOU COMPARE COVERAGE BENEFITS AND IS A SUMMARY ONLY. THE PLAN CONTRACT AND EVIDENCE OF COVERAGE (EOC) SHOULD BE CONSULTED FOR A DETAILED DESCRIPTION OF COVERAGE BENEFITS AND LIMITATIONS.

BENEFIT	SALUD PPO 25		
	SIMNSA (MEXICO)	IN NETWORK ¹ (CA)	OUT-OF-NETWORK ² (CA)
LIFETIME MAXIMUM		\$6,000,000 combined	
ANNUAL DEDUCTIBLE Family deductible is met when two family members meet their individual deductibles	N/A	\$2,500 single / 2 per family	\$5,000 single / 2 per family
ANNUAL OUT-OF-POCKET MAXIMUM	\$1,000 single / \$2,000 family	Each member must meet calendar deductible only / 2 per family	Each member must meet calendar deductible only / 2 per family
PROFESSIONAL SERVICES Visit to physician	\$5	\$25 (deductible waived)	50%
X-ray and laboratory procedures ⁴	10%	Covered in full after deductible is met	50%
ANNUAL ROUTINE PHYSICAL EXAMS⁹	Not covered	Covered in full after deductible is met	Not covered
PREVENTIVE CARE Adult preventive care (age 19 and older) Annual OB/GYN exam ³ (breast and pelvic exams, Pap smears and mammography) / Annual prostate cancer screening and exam	\$5	\$25 (deductible waived)	Not covered
Child preventive care (newborns to age 18) Checkups, immunizations, vision and hearing exams	\$5	\$25 (deductible waived)	Not covered
MATERNITY AND PREGNANCY Prenatal and postnatal office visits	10%	Covered in full after deductible is met	50%
Maternity care in hospital	10%	Covered in full after deductible is met	50% ⁷
EMERGENCY AND URGENT CARE Emergency room (professional and facility charges)	10% + \$25 deductible if not admitted inpatient	Covered in full after deductible is met	Covered in full after deductible is met
Urgent care center (facility charges)	10% + \$25 deductible if not admitted inpatient	Covered in full after deductible is met	Covered in full after deductible is met
Ambulance ⁴	\$20 + 10%	Covered in full, once deductible is met	Covered in full after deductible is met
OUTPATIENT SERVICES⁴ Outpatient Surgery (hospital or outpatient surgery center charges only)	10%	Covered in full after deductible is met	50% ⁷
Outpatient facility services	10%	Covered in full after deductible is met	50% ⁷
HOSPITALIZATION SERVICES⁴ Inpatient, semiprivate hospital room or intensive care unit with ancillary services (unlimited, except for non-severe mental health and substance abuse treatment)	10%	Covered in full after deductible is met	50% ⁷
Surgeon or assistant surgeon and anesthetic service (inpatient hospital setting)	10%	Covered in full after deductible is met	50%
REPRODUCTIVE HEALTH Sterilization	10%	Covered in full after deductible is met	Not covered

BENEFIT	SALUD PPO 25 (CONTINUED)		
	SIMNSA (MEXICO)	IN NETWORK ¹ (CA)	OUT-OF-NETWORK ² (CA)
OTHER SERVICES Rehabilitative therapy includes physical, speech, occupational, respiratory and cardiac therapy ⁴	10% (12-visit calendar year maximum)	Covered in full after deductible is met (20-visit calendar year) maximum	Not covered
Chiropractic care / Acupuncture	Not covered	Covered in full after deductible is met (12-visit calendar year maximum / \$20 maximum payable per visit)	Not covered
Mental health for non-severe conditions ^{4,5,6}	\$5 + 10%	Covered in full after deductible is met	50%
Durable medical equipment (including foot orthotics) ⁴	10%	Covered in full after deductible is met (\$200 maximum per calendar year combined with SIMNSA)	Not covered
OUTPATIENT PRESCRIPTION DRUGS⁸ Filled at participating pharmacy (up to a 30-day supply); Not covered at non-participating pharmacies	\$5	\$5 Level I (generic) \$150 brand deductible \$35 Level II (brand) \$50 Level III (non-formulary)	Not covered

¹The member pays the negotiated rate, which is the rate the Participating or Preferred Provider has agreed to accept for providing a covered service.

²Percentage is a portion of the covered expense based on (C & R) Customary and Reasonable. You are also responsible for any charges in excess of the covered expense.

³Mammograms are covered at the following intervals: One for ages 35-39, one every 24 months for ages 40-49, and one every year for age 50 and older.

⁴Certain services require prior certification from Health Net. Without prior certification, benefit reduced by 50%.

⁵Covered expenses incurred for non-severe mental illness and chemical dependency do not apply to the out-of-pocket maximum.

⁶Non-severe mental illness inpatient maximum payable per day is \$300, benefit maximum is 30 days; if covered by the plan, outpatient non-severe mental illness is \$30 maximum payable per visit, 20 visits maximum per year.

⁷Maximum Allowable charges are \$600 per day.

⁸If applicable, the prescription drug Brand calendar year deductible (per member), must be paid for prescription drug covered services before Health Net begins to pay. The pharmacy Brand deductible is per member and separate from the calendar year medical deductible. Prescription drug covered expenses are the lesser of Health Net's contracted pharmacy rate or the pharmacy's usual and customary charge for covered prescription drugs. Prescription drug charges do not apply to your maximum out-of-pocket limit.

The Recommended Drug List is a list of the prescription drugs that are covered by this plan. It is prepared by Health Net and given to member physicians and participating pharmacies. Some drugs require prior authorization from Health Net. Also, if your condition requires the use of a drug that is not in the recommended Drug List, your physician may request the drug through the prior authorization process. Urgent prior authorization requests are handled within 72 hours. For a copy of the Recommended Drug List, call the Customer Contact Center at the number listed on your Health Net ID card or visit our website at www.healthnet.com.

⁹Annual routine physical exams are limited to one exam each calendar year and a maximum payment of \$200 for the exam and all x-ray and laboratory procedures.

PRINCIPAL BENEFITS AND COVERAGE MATRIX – SALUD PPO 15/25% (“MEXI-PLAN”)

THIS MATRIX IS INTENDED TO BE USED TO HELP YOU COMPARE COVERAGE BENEFITS AND IS A SUMMARY ONLY. THE PLAN CONTRACT AND EVIDENCE OF COVERAGE (EOC) SHOULD BE CONSULTED FOR A DETAILED DESCRIPTION OF COVERAGE BENEFITS AND LIMITATIONS.

BENEFIT	SALUD PPO 15/25% (“MEXI-PLAN”)		
	SIMNSA (MEXICO)	IN NETWORK ¹ (CA)	OUT-OF-NETWORK ² (CA)
LIFETIME MAXIMUM		\$6,000,000 combined	
ANNUAL DEDUCTIBLE Family deductible is met when two family members meet their individual deductibles	N/A	\$2,500 single / 2 per family	\$5,000 single / 2 per family
ANNUAL OUT-OF-POCKET MAXIMUM	\$1,000 single \$2,000 family	\$5,000 single / 2 per family preferred providers	\$10,000 single / 2 per family non-preferred providers
PROFESSIONAL SERVICES			
Visit to physician	\$5	\$15 (deductible waived)	50%
Visit to specialist	\$5	\$40 (deductible waived)	50%
X-ray and laboratory procedures ⁴	10%	25%	50%
ANNUAL ROUTINE PHYSICAL EXAMS³	Not covered	Not covered	Not covered
PREVENTIVE CARE			
Adult preventive care (age 19 and older) Annual OB/GYN exam ³ (breast and pelvic exams, Pap smears and mammography) / Annual prostate cancer screening and exam	\$5	\$15 (deductible waived)	Not covered
Child preventive care (newborns to age 18) Checkups, immunizations, vision and hearing exams	\$5	\$15 (deductible waived)	Not covered
MATERNITY AND PREGNANCY			
Prenatal and postnatal office visits	10%	25%	50%
Maternity care in hospital	10%	25%	50% ⁷
EMERGENCY AND URGENT CARE			
Emergency room (professional and facility charges)	10% + \$25 deductible if not admitted inpatient	25%	25%
Urgent care center (facility charges)	10% + \$25 deductible if not admitted inpatient	25%	25%
Ambulance ⁴	\$20 + 10%	25%	50%
OUTPATIENT SERVICES⁴			
Outpatient Surgery (hospital or outpatient surgery center charges only)	10%	25%	50% ⁷
Outpatient facility services	10%	25%	50% ⁷
HOSPITALIZATION SERVICES⁴			
Inpatient, semiprivate hospital room or intensive care unit with ancillary services (unlimited, except for non-severe mental health and substance abuse treatment)	10%	25%	50% ⁷
Surgeon or assistant surgeon and anesthetic service (inpatient hospital setting)	10%	25%	50%
REPRODUCTIVE HEALTH			
Sterilization	10%	25%	Not covered
OTHER SERVICES			
Rehabilitative therapy includes physical, speech, occupational, respiratory and cardiac therapy (\$25 maximum payable per visit)	10% (12-visit calendar year maximum)	25% ⁴ (20-visit calendar year maximum / 50%)	Not covered
Chiropractic care	Not covered	(12-visit calendar year maximum / \$20 maximum payable per visit)	Not covered
Mental health for non-severe conditions ^{4,5,6}	\$5 + 10%	25%	50%
Durable medical equipment (including foot orthotics) ⁴	10%	25% (\$200 maximum per calendar year combined with SIMNSA)	Not covered
OUTPATIENT PRESCRIPTION DRUGS⁸	\$5	\$5 Level I (generic) \$150 brand deductible \$35 Level II (brand) \$50 Level III (non-formulary)	Not covered
Filled at participating pharmacy (up to a 30-day supply); Not covered at non-participating pharmacies			

¹The member pays the negotiated rate, which is the rate the Participating or Preferred Provider has agreed to accept for providing a covered service.

²Percentage is a portion of the covered expense based on (C & R) Customary and Reasonable. You are also responsible for any charges in excess of the covered expense.

³Mammograms are covered at the following intervals: One for ages 35-39, one every 24 months for ages 40-49, and one every year for age 50 and older.

⁴Certain services require prior certification from Health Net. Without prior certification, benefit reduced by 50%.

⁵Covered expenses incurred for non-severe mental illness and chemical dependency do not apply to the out-of-pocket maximum.

⁶Non-severe mental illness inpatient maximum payable per day is \$300, benefit maximum is 30 days; if covered by the plan, outpatient non-severe mental illness is \$30 maximum payable per visit, 20 visits maximum per year.

⁷Maximum Allowable charges are \$600 per day.

⁸If applicable, the prescription drug Brand calendar year deductible (per member), must be paid for prescription drug covered services before Health Net begins to pay. The pharmacy Brand deductible is per member and separate from the calendar year medical deductible. Prescription drug covered expenses are the lesser of Health Net's contracted pharmacy rate or the pharmacy's usual and customary charge for covered prescription drugs. Prescription drug charges do not apply to your maximum out-of-pocket limit.

The Recommended Drug List is a list of the prescription drugs that are covered by this plan. It is prepared by Health Net and given to member physicians and participating pharmacies. Some drugs require prior authorization from Health Net. Also, if your condition requires the use of a drug that is not in the recommended Drug List, your physician may request the drug through the prior authorization process. Urgent prior authorization requests are handled within 72 hours. For a copy of the Recommended Drug List, call the Customer Contact Center at the number listed on your Health Net ID card or visit our website at www.healthnet.com.

Salud Service Area

SALUD HMO Y MÁS

The Health Net Salud service area encompasses regions in southern California and Mexico (Baja California within fifty miles of the California – Mexico Border).

Los Angeles County:

You must live in Los Angeles County.

Exception: This Salud con Health Net HMO y más Plan is not available in the following Zip Codes:

91253	91351	91381	92621	93532	93536
93550	93591	91321	91361	91384	93510
93534	93543	93552	93553	91350	91362
92277	93523	93535	93544	93563	

Orange County:

You must live in one of the following Zip Codes where this Salud con Health Net HMO y más plan is available:

90620	90621	90622	90623	90624	90630
90631	90632	90633	90680	90720	90721
90740	90743	92602	92605	92606	92623
92626	92647	92649	92655	92683	92685
92701	92702	92703	92704	92705	92706
92707	92708	92711	92712	92725	92728
92735	92780	92781	92782	92799	92801
92802	92803	92804	92805	92806	92807
92808	92809	92811	92812	92814	92815
92816	92817	92821	92822	92823	92825
92831	92832	92833	92834	92835	92836
92837	92838	92840	92841	92842	92843
92844	92845	92846	92850	92856	92857
92859	92861	92862	92863	92864	92865
92866	92867	92868	92869	92870	92871
92885	92886	92887	92899		

Health Net Salud HMO y más service area in Mexico

You are eligible to enroll as a dependent in this Salud con Health Net Plan if you live or work in the approved area in Mexico which extends 50 miles into Baja California from the California-Mexico border.

SALUD PPO

The Health Net Salud service area encompasses regions in southern California and Mexico (Baja California within fifty miles of the California-Mexico Border). You are eligible to enroll in Salud PPO if you live in Los Angeles, Orange or Ventura County.

Health Net Salud PPO Service Area in Mexico

You are eligible to enroll as a dependent in this Salud con Health Net Plan if you live or work in the approved area in Mexico which extends 50 miles into Baja California from the California-Mexico border.

HOW TO APPLY FOR SALUD HMO Y MÁS OR SALUD PPO COVERAGE

- Call 1-800-266-6606 or contact your Health Net authorized agent.

1. When completing your application: For Salud HMO y más Coverage Only: You and each member of your family living in California may select a different Primary Care Physician. Health Net requires that you and your enrolled family members living in California select a Salud Network Primary Care Physician whose office is located within a 30 mile radius of your (or your respective family member's) home or office. If you don't choose a doctor when you complete your enrollment application, we'll assign one to you based on your residential ZIP code. Members residing in Mexico should write SIMNSA as the physician group ID number only. There is no need to select a SIMNSA Primary Care Physician since you can see any participating SIMNSA provider without a referral. Finding a PCP is easy with Health Net's doctor search. To find the most up-to-date list, log on to www.healthnet.com > *Search Our Doctor Network*. You'll find a complete listing of our Salud HMO physicians, and you can search specialty, city, county or doctor's name. You can also call 1-800-266-6606 to request Salud Network provider information, (011-52-664) 683-29-02 or 683-30-05 or 1-619-407-4082 to request SIMNSA provider information or contact your Health Net authorized agent.

- 
2. Sign and date the application. Each person over age 18 listed on the application must sign and date the application. You, the applicant, must accurately complete all applicable portions of the application. Your agent may not complete your application for you. Make sure you answer all questions— incomplete applications will be returned.
 3. Include a check payable to Health Net for the applicable premium payment.
 4. Mail the completed application and check (within 30 days of signature date) to your authorized Health Net agent or to:

Health Net
Individual & Family Coverage
P.O. Box 1150
Rancho Cordova, CA 95741-1150

5. Applications received by the 25th of the month will be processed for coverage starting the 1st of the following month. We also offer PPO coverage effective the 15th of the month. See the application for details.
6. After reviewing your application, Health Net will contact you with a decision. Upon approval, you will receive an ID card and additional plan information. If your application is rejected, your premium payment will be refunded and you will be notified of other insurance options.

Important things to know about all coverage options

WHO IS ELIGIBLE?

To be eligible for Salud HMO y más or Salud PPO, you must: be under the age of 65, not be eligible for Medicare, reside continuously in our Salud service area (see the Salud Service Area description earlier in this guide), and meet our application and underwriting requirements for coverage. In addition, your spouse or domestic partner, if under age 65, and all your unmarried dependent children under 19 years of age also are eligible (subject to underwriting requirements). Unmarried dependent children enrolled in an accredited school as full-time students and under 24 years of age are also eligible, if proof of full-time student status is provided.

Domestic Partner is defined as two adults who have chosen to share one another's lives in an intimate and committed relationship of mutual caring. A domestic partner is a person eligible for coverage provided that the partnership with the Subscriber meets all domestic partnership requirements under California law. The Domestic Partner and Subscriber must:

- Both persons have a common residence
- Neither person is married to someone else or is a member of another domestic partnership that has not been terminated, dissolved, or judged a nullity
- The two persons are not related by blood in a way that would prevent them from being married in California
- Both persons are at least 18 years old
- Both persons are members of the same sex, or opposite sex couples if one or both persons is over age 62 and is eligible for Social Security benefits
- Both persons are capable of consenting to the domestic partnership
- Both file a Declaration of Domestic Partnership with the Secretary of State, or both are persons of the same sex who have validly formed a legal union other than marriage in a jurisdiction outside of California which is substantially equivalent to a Domestic Partnership as defined under California law

AM I ELIGIBLE FOR GUARANTEED ISSUE COVERAGE, WITHOUT THE NEED FOR MEDICAL UNDERWRITING?

The federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) makes it easier for people covered under existing group health plans to maintain coverage regardless of pre-existing conditions when they change jobs or are unemployed for brief periods of time. California law provides similar and additional protections. Applicants who meet the following requirements are eligible to enroll in a guaranteed issue individual health plan from any health plan that offers individual coverage, including Health Net's Guaranteed HMO and PPO insurance plans, without medical underwriting. A health plan cannot reject your application for guaranteed issue individual health coverage if you meet the following requirements, agree to pay the required premiums and live or work in the plan's service area.

To qualify for a HIPAA plan, you must:

- Have completed a total of 18 months of coverage without a significant break (excluding any employer-imposed waiting period) under a group health plan
- The most recent coverage must have been under a group health plan (COBRA and Cal-COBRA coverage are considered group coverage)
- The applicant must not be eligible for coverage under any group health plan, Medicare or Medicaid, and must not have other health insurance coverage
- The individual's most recent coverage could not have been terminated due to fraud or nonpayment of premiums
- If COBRA or Cal-COBRA coverage was available, it must have been elected and such coverage must have been exhausted

If you want to find out if you qualify, contact us so that we can determine your eligibility and tell you about the available HIPAA plans. If you believe your rights under HIPAA have been violated, please contact the Department of Managed Health Care at 1-888-HMO-2219 or visit the Department's website at www.hmohelp.ca.gov

HOW DOES THE MONTHLY BILLING WORK?

Your premium must be received by Health Net by the first day of the coverage month. If there are premium increases after the enrollment effective date, you will be notified at least 30 days in advance. If you choose Health Net's Simple Pay option you will be exempt from any administrative billing fees. If you do not choose Health Net's Simple Pay option, a \$5 per month administrative fee will be charged each month to cover the expense of issuing a monthly bill. If there are changes to the Health Net Salud HMO y más Plan Contract and EOC or Salud PPO Policy, including changes in benefits, you will be notified at least 30 days in advance.

CAN BENEFITS BE TERMINATED?

You may cancel your coverage at any time by giving Health Net written notice. In such event, termination will be effective on the first day of the month following our receipt of your written notice to cancel. Health Net has the right to terminate your coverage for any of the following reasons:

- You do not pay your premium on time
- You and/or your family member(s) cease being eligible
- You knowingly submit to Health Net materially incorrect or incomplete information which is reasonably relied upon by Health Net in issuing or renewing individual and family plan coverage
- You and/or your family member(s) repeatedly or materially disrupt the operations of the Physician Group, SIMNSA or Health Net to the extent that your behavior substantially impairs Health Net's ability to furnish or arrange services for you or other Health Net members, or the physician's office or Contracting Physician Group's ability to provide services to other patients
- You and/or your family member(s) threaten the safety of the health care provider, his or her office staff, the contracting Physician Group, SIMNSA or Health Net personnel if such behavior does not arise from a diagnosed illness or condition



Health Net can terminate your coverage, together with all like policies, by giving 90 day's written notice. If your coverage is terminated because Health Net ceases to offer all like policies, you may be entitled to Conversion coverage. Should such a termination occur, information on Conversion coverage will be provided in the written termination notice. Members are responsible for payment of any services received after termination of coverage at the provider's prevailing non-Member rates. This is also applicable to Members who are hospitalized or undergoing treatment for an ongoing condition on the termination date of coverage.

If you terminate coverage for yourself or any of your family members, you may apply for re-enrollment, but Health Net may decline enrollment at its discretion.

ARE THERE ANY RENEWAL PROVISIONS?

Subject to the termination provisions discussed, coverage will remain in effect for each month prepayment fees are received and accepted by Health Net. You will be notified 30 days in advance of any changes in fees, benefits or contract provisions.

DOES HEALTH NET COORDINATE BENEFITS?

There are no Coordination of Benefit provisions for individual plans in the state of California.

WHAT IS UTILIZATION REVIEW?

Health Net makes medical care covered under our Salud HMO y más or Salud PPO insurance plans subject to policies and procedures that lead to efficient and prudent use of resources and, ultimately, to continuous improvement of quality of care. Health Net bases the approval or denial of services on the following main procedures:

- Evaluation of medical services to assess medical necessity and appropriate level of care
- Implementation of case management for long-term or chronic conditions
- Review and authorization of inpatient admission and referrals to noncontracting providers
- Review of scope of benefits to determine coverage

If you would like additional information regarding Health Net's Utilization Review System, please call the Member Services department at 1-800-839-2172. Members in Mexico, please call SIMNSA at (011-52-664) 683-29-02 or (011-52-664) 683-30-05 or 619-407-4082 for additional information.

DOES HEALTH NET COVER THE COST OF PARTICIPATION IN CLINICAL TRIALS?

Routine patient care costs for patients diagnosed with cancer who are accepted into phase I, II, III, or IV clinical trials are covered when Medically Necessary, recommended by the Member's treating Physician and authorized by Health Net. The Physician must determine that participation has a meaningful potential to benefit the Member and the trial has therapeutic intent. For further information, please refer to the Salud HMO y más Plan Contract and Evidence of Coverage or Salud PPO Policy. Clinical trials are not available in Mexico.

WHAT IF I HAVE A DISAGREEMENT WITH HEALTH NET?

Members dissatisfied with the quality of care received, or who believe they were denied service or a claim in error, may file a grievance or appeal. In addition, plan Members can request an independent medical review of disputed health care services from the Department of Managed Health Care if they believe that health care services eligible for coverage and payment under their Health Net plan was improperly denied, modified or delayed by Health Net or one of its contracting providers.

Also, if Health Net denies a Member's appeal of a denial for lack of medical necessity, or denies or delays coverage for requested treatment involving experimental or investigational drugs, devices, procedures or therapies, Members can request an independent medical review of Health Net's decision from the Department of Managed Health Care if they meet eligibility criteria set out in the Plan Contract and Evidence of Coverage.

Members not satisfied with the results of the appeals process may submit the problem to binding arbitration. Health Net uses binding arbitration to settle disputes, including medical malpractice. As a condition of enrollment, Members give up their right to a jury or trial before a judge for the resolution of such disputes.

Members who obtain care through SIMNSA in Mexico have certain grievance rights, but do not have access to the same legal rights and remedies regarding grievance processing as those members who obtain care through the Salud Network in California. See the Salud HMO y más Plan Contract and EOC or Salud PPO Policy for details.

HEALTH NET

The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against Health Net, you should first telephone Health Net at **1-800-839-2172** and use our grievance process before contacting the Department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an Emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by Health Net, or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the Department for assistance. You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a health plan related to the Medical Necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatments that are Experimental or Investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The Department also has a toll-free telephone number **(1-888-HMO-2219)** and a **TDD line (1-877-688-9891) for the hearing and speech impaired.** The Department's Internet Web site <http://www.hmohelp.ca.gov> has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

HEALTH NET LIFE IMPORTANT NOTICE TO CALIFORNIA POLICYHOLDERS

In the event that a member needs to contact someone about his or her insurance coverage for any reason, please contact:

**Health Net Life Insurance Company
Individual & Family Plans
Post Office Box 1150
Rancho Cordova, California 95741-1150
1-800-266-6606**

If a member has been unable to resolve a problem concerning his or her insurance coverage, after discussions with Health Net Life Insurance Company, or its agent or other representative, her or she may contact:

**California Department of Insurance
Consumer Services Division
300 South Spring Street
South Tower
Los Angeles, CA 90013
1-800-927-HELP**

If you need help with a grievance involving an Emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by Health Net or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the Department of Insurance for assistance.

You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a health plan related to the Medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatments that are Experimental or Investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services.

WHAT IF I NEED A SECOND OPINION?

Health Net Members have the right to request a second opinion when:

- The Member's Primary Care Physician or a referral Physician gives a diagnosis or recommends a treatment plan with which the Member is not satisfied
- The Member is not satisfied with the result of treatment received
- The Member is diagnosed with, or a treatment plan is recommended for, a condition that threatens loss of life, limb, or bodily function, or a substantial impairment, including but not limited to a serious chronic condition, or
- The Member's Primary Care Physician or a referral Physician is unable to diagnose the Member's condition, or test results are conflicting



To obtain a copy of Health Net's second opinion policy, contact the Health Net Member Services Department at 1-800-839-2172. Members in Mexico, please call SIMNSA at (011-52-664) 683-29-02 or (011-52-664) 683-30-05 for additional information.

WHAT ARE HEALTH NET'S PREMIUM RATIOS?

Health Net's 2004 ratio of premium costs to health services paid for Individual & Family HMO plans was 75%. Health Net Life's 2004 ratio for the Individual & Family PPO insurance plans was 67%.

WHAT IS THE RELATIONSHIP OF THE INVOLVED PARTIES?

Physician groups, contracting physicians, SIMNSA, hospitals and other health care providers are not agents or employees of Health Net or Health Net Life. Health Net or Health Net Life and each of their employees are not the agents or employees of any physician group in the Salud Network, SIMNSA, contract physician, hospital or other health care provider. All of the parties are independent contractors and contract with each other to provide you the covered services or supplies of your coverage option. Members are not liable for any acts or omissions of Health Net or Health Net Life, their agents or employees or of the Salud Network, or SIMNSA provider, or of physician groups, any physician or hospital, or any other person or organization with which Health Net or Health Net Life has arranged or will arrange to provide the covered services and supplies of your plan.

WHAT ABOUT CONTINUITY OF CARE UPON TERMINATION OF A PROVIDER CONTRACT?

If Health Net's contract with a physician group or other provider is terminated, Health Net will transfer any affected Members to another contracting physician group or provider and make every effort to ensure continuity of care. At least 60-days prior to termination of a contract with a Physician Group or acute care hospital to which members are assigned for services, Health Net will provide a written notice to affected Members. For all other hospitals that terminate their

contract with Health Net, a written notice will be provided to affected members within five days after the effective date of the contract termination.

In addition, the Member may request continued care from a provider whose contract is terminated if at the time of termination the Member was receiving care from such a provider for:

- An acute condition
- A serious chronic condition not to exceed twelve months from the contract termination date
- A pregnancy (including the duration of the pregnancy and immediate postpartum care)
- A newborn up to 36 months of age, not to exceed twelve months from the contract termination date
- A terminal illness (for the duration of the terminal illness)
- A surgery or other procedure that has been authorized by Health Net as part of a documented course of treatment

Health Net may provide coverage for completion of services from a provider whose contract has been terminated, subject to applicable Copayments and any other exclusions and limitations of this Plan and if such provider is willing to accept the same contract terms applicable to the provider prior to the provider's contract termination. You must request continued care within 30 days of the provider's date of termination, unless you can show that it was not reasonably possible to make the request within 30 days of the provider's date of termination and you make the request as soon as reasonably possible.

If you would like more information on how to request continued care, or request a copy of Health Net's continuity of care policy, please contact the Member Services department at 1-800-839-2172. Members in Mexico, please call SIMNSA at (011-52-664) 683-29-02 or (011-52-664) 683-30-05 or 619-407-4082 for additional information.

WHAT ARE SEVERE MENTAL ILLNESS AND SERIOUS EMOTIONAL DISTURBANCES OF A CHILD?

Severe Mental Illness includes schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder (manic-depressive illness), major depressive disorders, panic disorder, obsessive-compulsive disorders, pervasive developmental disorder (including Autistic Disorder, Rett's Disorder, Childhood Disintegrative Disorder, Asperger's Disorder and Pervasive Developmental Disorder not otherwise specified to include Atypical Autism, in accordance with the most recent edition of the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders), autism, anorexia nervosa, and bulimia nervosa.

Serious emotional disturbances of a child is when a child under the age of 18 has one or more mental disorders identified in the most recent edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, other than a primary substance abuse disorder or a developmental disorder, that result in behavior inappropriate to the child's age according to expected developmental norms. In addition, the child must meet one or more of the following: (a) as a result of the mental disorder the child has substantial impairment in at least two of the following areas: self-care, school functioning, family relationships, or ability to function in the community; and either (i) the child is at risk of removal from home

or has already been removed from the home or (ii) the mental disorder and impairments have been present for more than six months or are likely to continue for more than one year; (b) the child displays one of the following: psychotic features, risk of suicide or risk of violence due to a mental disorder; and/or (c) the child meets special education eligibility requirements under Chapter 26.5 (commencing with Section 7570) of Division 7 of Title 1 of the Government Code.

DO PROVIDERS LIMIT SERVICES FOR REPRODUCTIVE CARE?

Some hospitals and other providers do not provide one or more of the following services that may be covered under your Plan Contract and Evidence of Coverage or Policy and that you or your family member might need: family planning; contraceptive services, including emergency contraception; sterilization, including tubal ligation at the time of labor and delivery; infertility treatments; or abortion. You should obtain more information before you enroll. Call your prospective doctor, medical group, independent practice association, or clinic, or call Health Net's Member Services Department at 1-800-839-2172 or SIMNSA at (011-52-664) 683-29-02 or 683-30-05 or 1-619-407-4082 to ensure that you can obtain the health care services that you need.

Additional items for HMO coverage only

WHAT IS THE METHOD OF PROVIDER REIMBURSEMENT?

Health Net uses financial incentives and various risk-sharing arrangements when paying providers. Members may request more information about our payment methods by contacting Member Services at the telephone number on their Health Net ID card, your Physician Group, Sistemas Medicos Nacionales S.A. de C.V. (SIMNSA) or your Primary Care Physician.

WHEN AND HOW DOES HEALTH NET PAY MY MEDICAL BILLS?

We will coordinate the payment for covered services when you receive care from your Primary Care

Physician or when you are referred by your Primary Care Physician to a specialist. We have agreements with these physicians that eliminate the need for claim forms. Simply present your Member identification card.

AM I REQUIRED TO SEE MY PRIMARY CARE PHYSICIAN IF I HAVE AN EMERGENCY?

Health Net covers emergency and urgently needed care throughout the world.

If your situation is life-threatening, immediately call 911 if you are in an area where the system is established and operating (the 911 emergency response system is



not available in Mexico). If your situation is not so severe, first call your primary care physician or physician group (medical) or the Administrator (severe mental illness or detoxification). If you are unable to call and you need medical care right away, go to the nearest medical center or hospital.

An emergency means any otherwise covered service that a reasonable person with an average knowledge of health and medicine would believe requires immediate treatment and without immediate treatment, any of the following would occur: (a) his or her health would be put in serious danger (and in the case of a pregnant woman, would put the health of her unborn child in serious danger); (b) his or her bodily functions, organs or parts would become seriously damaged; or (c) his or her bodily organs or parts would seriously malfunction.

Emergency Care also includes treatment of severe pain or active labor. Active labor means labor at the time that either of the following would occur: (a) there is inadequate time to effect safe transfer to another Hospital prior to delivery; or (b) a transfer poses a threat to the health and safety of the Member or her unborn child. Emergency Care will also include additional screening, examination and evaluation by a Physician (or other health care provider acting within the scope of his or her license) to determine if a psychiatric emergency medical condition exists and the care and treatment necessary to relieve or eliminate such condition, within the capacity of the facility.

All ambulance and ambulance transport services provided as a result of a 911 call will be covered, if the request is made for an emergency medical condition (including severe mental illness and serious emotional disturbances of a child).

All follow-up care (including severe mental illness and serious emotional disturbances of a child) after the emergency or urgency has passed and your condition is stable, must be provided or authorized by your Salud Network physician group or SIMNSA (medical) or the Administrator (mental illness and chemical dependency); otherwise, it will not be covered by Health Net.

Please note that for members who live in Mexico, only emergency and urgently needed care is covered in California.

AM I LIABLE FOR PAYMENT OF CERTAIN SERVICES?

We are responsible for paying participating providers for covered services. Except for copayments and deductibles, participating providers may not bill you for charges in excess of our payment. You are financially responsible for: (a) services beyond the benefit limitations stated in the Plan Contract and EOC; and (b) services not covered by the Salud HMO y más plans. The Salud HMO y más plans do not cover: prepayment fees, copayments, deductibles, services and supplies not covered by the Salud HMO y más plans, or non-emergency care rendered by a nonparticipating provider.

UNDER THE HMO PLANS, CAN I BE REIMBURSED FOR OUT-OF-NETWORK CLAIMS?

Some nonparticipating providers will ask you to pay a bill at the time of service. If you have to pay a bill for covered services, submit a copy of the bill, evidence of its payment and the emergency room report to us for reimbursement within one year of the date the service was rendered. Coverage for services rendered by nonparticipating providers is limited to emergency care when a participating provider is not available.

HOW DOES HEALTH NET HANDLE CONFIDENTIALITY AND RELEASE OF MEMBER INFORMATION?

Health Net knows that personal information in your medical records is private. Therefore, we protect your personal health information in all settings. As part of the application or enrollment form, Health Net members sign a routine consent to obtain or release their medical information. This consent is used by Health Net to ensure notification to and consent from members for present and future routine needs for the use of personal health information.

This consent includes the obtaining or release of all records pertaining to medical history, services rendered or treatment given to all subscribers and members under the plan for the purpose of review, investigation or evaluation of an application, claim, appeals (including the release to an independent reviewer organization) or grievance, or for preventive health or health management purposes.

We will not release your medical records or other confidential information to anyone such as employers or insurance brokers, who is not authorized to have that information. We will only release information if you give us special consent in writing. The only time we would release such information without your special consent is when we have to comply with a law, court order, or subpoena. Often, Health Net is required to comply with aggregated measurement and data reporting requirements. In those cases, we protect your privacy by not releasing any information that identifies our members.

Privacy Practices

For a description of how protected health information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information, please see the Notice of Privacy Practices in your Plan Contract and EOC.

HOW DOES HEALTH NET DEAL WITH NEW TECHNOLOGIES?

New technologies are those procedures, drugs or devices that have recently been developed for the treatment of specific diseases or conditions, or are new applications of existing procedures, drugs or devices. New technologies are considered investigational or experimental during various stages of clinical study as safety and effectiveness are evaluated and the technology achieves acceptance into the medical standard of care. The technologies may continue to be considered investigational or experimental if clinical study has not shown safety or effectiveness or if they are not considered standard care by the appropriate medical specialty. Approved technologies are integrated into Health Net Benefits.

Health Net determines whether new technologies should be considered medically appropriate, or investigational or experimental, following extensive review of medical research by appropriately specialized physicians. Health Net requests review of new technologies by an independent, expert medical reviewer in order to determine medical appropriateness or investigational or experimental status of a technology or procedure.

The expert medical reviewer also advises Health Net when patients require quick determinations of coverage, when there is no guiding principle for certain

technologies, or when the complexity of a patient's medical condition requires expert evaluation.

WHAT ARE HEALTH NET'S UTILIZATION MANAGEMENT PROCESSES?

Utilization Management is an important component of health care management. Through the processes of pre-authorization, concurrent and retrospective review and care management, we evaluate the services provided to our members to be sure they are medically necessary and appropriate for the setting and time. This oversight helps to maintain Health Net's high quality medical management standards.

Pre-Authorization

Certain proposed services may require an assessment prior to approval. Evidence-based criteria are used to evaluate that the procedure is medically necessary and planned for the appropriate setting (i.e., inpatient, ambulatory surgery, etc.).

Concurrent Review

This process continues to authorize inpatient and certain outpatient conditions on a concurrent basis while following a member's progress, such as during inpatient hospitalization or while receiving outpatient home care services.

Discharge Planning

This component of the concurrent review process ensures that planning is done for a member's safe discharge in conjunction with the physician's discharge orders and to authorize post hospital services when needed.

Retrospective Review

This medical management process assesses the appropriateness of medical services on a case-by-case basis after the services have been provided. It is usually performed on cases where pre-authorization was required but not obtained.

Care or Case Management

Nurse Care Managers provide assistance, education and guidance to members (and their families) through major acute and/or chronic long-term health problems. The care managers work closely with members and their physicians and community resources.

Additional items for PPO coverage only

ARE THERE ANY PRE-EXISTING CONDITIONS?

Until the policy has been in effect for six consecutive months, covered services will not include any care required in connection with the treatment of any condition, disease or injury for which medical advice, diagnosis, care or treatment, including the use of prescription medications, was recommended by or received from a licensed health care practitioner during the six months immediately preceding the effective date of coverage under the policy. Credit will be given toward the preexisting condition waiting period for membership with another creditable health care plan if you apply for coverage under Health Net's Salud PPO insurance plan within 62 days of termination with the previous plan.

WHEN DO I SUBMIT CLAIMS?

Some providers will ask you to pay a bill at the time of service. If you have to pay a bill for covered services, submit a copy of the bill and evidence of its payment to Health Net for reimbursement within 60 days of the date the service was rendered. See the Policy for details.

WHAT ARE CUSTOMARY AND REASONABLE CHARGES?

Customary and Reasonable charges, as determined by Health Net Life, are charges which fall within the common range of fees billed by a majority of physicians for a procedure in a given geographic region, or which are justified based on the complexity or the severity of treatment for a specific case.

Exclusions and Limitations

Exclusions and Limitations Common to all Individual & Family Salud HMO y más and Salud PPO Coverage Options

No payment will be made under the Salud HMO y más plans or the Salud PPO for expenses incurred for or which are follow-up care to any of the items below. The following are selective listings only. For comprehensive listings, see the Salud HMO y más Plan Contract and Evidence of Coverage (EOC) for the HMO plans and the Salud PPO Policy for the PPO coverages.

- Services and Supplies which Health Net or Health Net Life determine are not medically necessary, except as set out under "Does Health Net cover the cost of participation in clinical trials?" and "What if I have a disagreement with Health Net" earlier in this guide
- Custodial Care. Custodial Care is not rehabilitative care and is primarily provided to assist a patient in meeting the activities of daily living such as: help in walking, getting in and out of bed, bathing, dressing, feeding and preparation of special diets, and supervision of medications which are ordinarily self-

administered, but not care that requires skilled nursing services on a continuing basis

- Procedures that Health Net or Health Net Life determines to be experimental or investigational, except as set out under "Does Health Net cover the cost of participation in clinical trials?" and "What if I have a disagreement with Health Net" earlier in this guide
- Services or supplies provided before the effective date of coverage; services or supplies provided after coverage through this plan has ended are not covered
- Reimbursement for services for which the Member is not legally obligated to pay the provider or for which the provider pays no charge
- Any service or supplies not specifically listed as covered expenses, unless coverage is required by state or federal law
- Services or supplies that are intended to impregnate a woman are not covered. Excluded procedures include, but are not limited to collection, storage or purchase of sperm or ova

- Oral contraceptives and emergency contraceptives are covered. Vaginal contraceptives are limited to diaphragms, cervical caps and IUDs, and are only covered when a Member Physician performs a fitting examination and, in the case of diaphragms and cervical caps, prescribes the device. IUDs are only available through the Member Physician's office, are covered as a medical benefit, and are limited to one fitting and device per year unless additional fittings or devices are Medically Necessary. Diaphragms and cervical caps are only available through a prescription from a pharmacy and are limited to one prescription per year unless additional fittings or devices are Medically Necessary. Injectable contraceptives are covered as a medical benefit when administered by a physician
- Cosmetic surgery that is performed to alter or reshape normal structures of the body in order to improve appearance¹
- Dental care
- Treatment and services for a Temporomandibular Joint Disorders are covered when determined to be medically necessary, excluding crowns, onlays, bridgework and appliances
- This Plan only covers services or supplies provided by a legally operated Hospital, Medicare-approved Skilled Nursing Facility (in California), or other properly licensed facility specified as specified in the Plan Contract and EOC or Policy. Any institution that is primarily a place for the aged, a nursing home or a similar institution, regardless of how it is designated, is not an eligible institution. Services or supplies that are provided by such institutions are not covered
- Surgery and related services for the purpose of correcting the malposition or improper development of the bones of the upper or lower jaw, except when such surgery is medically necessary
- Hearing aids
- Treatment for mental disorders as a condition of parole or probation and court ordered testing
- Private duty nursing
- Any eye surgery for the purpose of correcting refractive defects of the eye, unless medically necessary, recommended by the Member's treating physician and authorized by Health Net
- Contact or corrective lenses (except an implanted lens that replaces the organic eye lens), vision therapy and eyeglasses
- Services to reverse voluntary surgically induced infertility
- Sex change procedures or treatment
- Any services or supplies not related to the diagnosis or treatment of a covered condition, illness or injury. However, the Plan does cover Medically Necessary services and supplies for medical conditions directly related to non-covered services when complications exceed routine Follow-Up Care (such as life-threatening complications of cosmetic surgery)
- Physical exams for insurance, licensing, employment, school or camp. Any physical, vision or hearing exams that are not related to diagnosis or treatment of illness or injury, except as specifically stated in the Health Net Life Policy or Health Net HMO Plan Contract and EOC
- Any outpatient drugs, medications or other substances dispensed or administered in any setting, except as specifically stated in the Health Net Life Policy or Health Net HMO Plan Contract and EOC
- Services for conditions a surrogate pregnancy are covered. However, when compensation is obtained for the surrogacy, the plan shall have a lien on such compensation to recover its medical expense
- Although this Plan does cover Durable Medical Equipment, it does not cover the following items: (a) exercise equipment; (b) hygienic equipment, jacuzzis and spas; (c) surgical dressings other than primary dressings that are applied by your Physician Group or a Hospital to lesions of the skin or surgical incisions; and (d) stockings, corrective shoes and arch supports

¹When a Medically Necessary mastectomy has been performed, breast reconstruction surgery and surgery performed on either breast to restore or achieve symmetry (balanced proportions) in the breast are covered. In addition when surgery is performed to correct or repair abnormal structures of the body caused by, congenital defects, developmental abnormalities, trauma, Infection, tumors, or disease, to do either of the following: improve function or create a normal appearance to the extent possible, unless the surgery offers a minimal improvement in the appearance of the member.

- Personal or comfort items
- Disposable supplies for home use
- Home birth, unless the criteria for emergency care have been met
- Physician self-treatment
- Physicians treating immediate family members
- Drugs (including injectable medications) for the treatment of sexual dysfunction when prescribed for the treatment of sexual dysfunction
- Elective abortions are not covered in Mexico as they are prohibited by law
- Services to diagnose, evaluate or treat infertility are not covered
- Treatment, testing or screening for learning disabilities, except for some conditions when the level of severity meets the criteria of severe mental illness or serious emotional disturbances of a child

ADDITIONAL EXCLUSIONS AND LIMITATIONS FOR SALUD HMO Y MÁS PLANS ONLY

- Chiropractic services
- Home Health Care is not covered for members obtaining care in Mexico
- Home health care in the United States is limited to 100 combined visits per calendar year; maximum three visits per day and four hours per visit
- Hospice Care is only available in Mexico in an acute Hospital setting
- Medical services or supplies that are not authorized by Health Net or the physician group according to Health Net's procedures
- Treatment for alcoholism or drug addiction, except detoxification
- Services and supplies rendered by a nonparticipating physician without authorization from Health Net or the Physician Group
- Diagnostic procedures or testing for genetic disorders, except for prenatal diagnosis of fetal genetic disorders in cases of high risk pregnancy

- Nonprescription drug, medical equipment or supply that can be purchased without a prescription (except when prescribed by a physician for management and treatment of diabetes). If a drug that was previously available by prescription becomes available in an over-the-counter (OTC) form in the same prescription strength, then any prescription drugs that are similar agents and have comparable clinical effect(s), will only be covered when Prior Authorization is obtained from Health Net. However, if a higher dosage nonprescription drug or over-the-counter drug is only available by prescription, that higher dosage drug will be covered
- Routine foot care, unless medically necessary for a diabetic condition
- Acupuncture
- Services related to educational and professional purposes
- Treatments which use umbilical cord blood stem cells and adult stem cells (nor their collection, preservation and storage) as such treatments are considered to be Experimental or Investigational in nature. For information regarding requesting an Independent Medical Review of a Plan denial of coverage on the basis that is considered Experimental or Investigational see "What if I have a disagreement with Health Net" earlier in this guide

ADDITIONAL EXCLUSIONS AND LIMITATIONS FOR ALL SALUD PPO PLANS

- Conditions caused by the Member's commission (or attempted commission) of a felony
- Conditions caused by release of nuclear energy, when government funds are available
- Amounts charged by Out-of-Network providers for covered medical services and treatment that Health Net Life determines to be in excess of the covered expense
- Optometric services, eye exercises including orthoptics, except as specifically stated elsewhere in the Policy

- Services or supplies received for the treatment of a pre-existing condition during the first six consecutive months during which the Member is covered
- Immunizations or inoculations for adults or children, except as described in the Policy
- Any services not related to the diagnosis or treatment of a covered illness or injury
- Inpatient room and board charges incurred in connection with an admission to a hospital or other inpatient treatment facility primarily for diagnostic tests that could have been performed safely on an outpatient basis
- Inpatient room and board charges in connection with a hospital stay primarily for environmental change, physical therapy or treatment of chronic pain
- Expenses in excess of a hospital's (or other inpatient facility's) most common semiprivate room rate
- Treatment of chronic alcoholism, drug addiction and other chemical dependency problems except as specifically stated in the Policy
- Any expenses related to the following items, whether authorized by a physician or not: (a) alteration of the Member's residence to accommodate the Member's physical or medical condition, including the installation of elevators; (b) corrective appliances, except prosthetics, casts and splints; (c) air purifiers, air conditioners and humidifiers; and (d) educational services or nutritional counseling, except as specifically provided in the Policy
- Treatment or surgery for obesity, weight reduction or weight control, except for the surgical treatment of morbid obesity, as determined by Health Net Life
- All benefits provided under the Policy shall be reduced by any amounts to which a Member is entitled under the program commonly referred to as Medicare when federal law permits Medicare to pay before an individual health plan
- Services performed by a person who lives in the Member's home or who is related to the Member by blood or marriage
- Any services provided by, or for which payment is made by, a local, state or federal government agency. This limitation does not apply to Medi-Cal, Medicaid or Medicare
- Rehabilitative services, in excess of the number of visits stated in the Policy and whether rendered in an inpatient or outpatient facility. In addition, Outpatient speech therapy that is not provided in relation to surgery, injury or disease
- If the Member receives services or obtains supplies in a foreign country, benefits will be payable for emergency care only
- Dietary, nutritional supplements and specialized formulas are not covered except when prescribed for the treatment of Phenylketonuria (PKU)
- Genetic testing is not covered for non-medical reasons or when a Covered Person has no medical indication or family history of a genetic abnormality
- Hospice Care is not covered for members obtaining care in Mexico
- Skilled Nursing Facility benefits are not covered for members obtaining care in Mexico
- Chiropractic services are not covered for members obtaining care in Mexico

ADDITIONAL EXCLUSIONS AND LIMITATIONS FOR SALUD PPO 15 AND SALUD PPO 25 PLANS

- Physician's visits to the Covered Person's home are not covered for members obtaining care in Mexico
- Annual routine physical examination (for Covered Persons age 19 and older) is not covered for members obtaining care in Mexico
- Annual routine physical examination for Covered Persons age 19 and older that are not related to diagnosis or treatment of illness or injury are not covered for members obtaining care in Mexico
- Annual routine vision or hearing examinations for Covered Persons age 19 and older that are not related to diagnosis or treatment of illness or injury are not covered

ADDITIONAL EXCLUSIONS AND LIMITATIONS FOR SALUD PPO 15/25% “MEXI-PLAN” PLAN

- Physician’s visits to the Covered Person’s home are not covered
- Annual routine physical, vision or hearing examinations for Covered Persons age 19 and older that are not related to diagnosis or treatment of illness or injury are not covered
- Acupuncture

ADDITIONAL HMO PRODUCT INFORMATION – MENTAL HEALTH AND DETOXIFICATION SERVICES

For California residents

Health Net contracts with Managed Health Network, a specialized health care service plan that provides behavioral health services through a personalized, confidential and affordable mental health and chemical dependency care program. Just call the toll-free number shown on your Health Net ID card before receiving care.

For Mexico residents

SIMNSA contracts with behavioral health providers practicing in the enrollment service area in Mexico. For information on these providers, please contact SIMNSA at **(011-52-664) 683-29-02 or (011-52-664) 683-30-05 or 619-407-4082.**

ADDITIONAL HMO PRODUCT INFORMATION – PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

Health Net and SIMNSA are contracted with many major pharmacies within California and Mexico. For a complete and up-to-date list of participating pharmacies in California, visit our website at **www.healthnet.com** or call the Health Net Member Services Department at **1-800-839-2172**. Members residing in Mexico, please contact SIMNSA for a complete list of participating pharmacies at **(011-52-664) 683-29-02 or (011-52-664) 683-30-05 or 619-407-4082.**

To obtain prescription drugs in Mexico, the prescription drug order must be written by a provider

in Mexico; to obtain prescription drugs in California, the prescription drug order must be written by a provider in California.

Specific exclusions and limitations apply to the Prescription Drug Program. See the Salud HMO y más Plan Contract and Evidence of Coverage for complete details. Remember, limits on quantity, dosage and treatment duration may apply to some drugs.

SIMNSA PRESCRIPTION DRUG PROGRAM (AVAILABLE ONLY IN MEXICO)

Prescription Drugs are covered when dispensed by a SIMNSA Participating Pharmacy and prescribed by a SIMNSA Physician or an emergency care or urgent care Physician. To obtain Prescription Drugs in Mexico, the Prescription Drug Order must be written by a Provider in Mexico.

HEALTH NET PRESCRIPTION DRUG PROGRAM (AVAILABLE ONLY IN THE UNITED STATES)

Prescriptions By Mail Drug Program

If your prescription is for a maintenance medication (a drug that you will be taking for an extended period), you have the option of filling it through our convenient Mail Order Program. This program allows you to receive up to a 90-consecutive-calendar-day supply of maintenance medications. For complete information, call Health Net Member Services at **1-800-839-2172**.

Note: Schedule II narcotic drugs are not covered through mail order. Refer to the Prescription Drug portion of “Exclusions and Limitations” in Section 800 for more information.

Drugs dispensed through the Mail Order Program are not covered for members residing in Mexico.

The Health Net Recommended Drug List:

Level I drugs (primarily generic) and Level II drugs (primarily brand)

The Health Net Recommended Drug List (or the List) is the approved list of medications covered for illnesses and conditions. It was developed to identify the safest and most effective medications for Health Net

Members while attempting to maintain affordable pharmacy benefits.

We specifically suggest to all Health Net contracting Primary Care Physicians and specialists that they refer to this list when choosing drugs for patients who are Health Net members. When your physician prescribes medications listed in the Recommended Drug List, it ensures that you are receiving a high quality prescription medication that is also of high value.

The Recommended Drug List is updated regularly, based on input from the Health Net Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee. This committee's members are actively practicing physicians of various medical specialties and clinical pharmacists. Voting members are recruited from contracting Physician Groups throughout California based on their experience, knowledge and expertise. In addition, the P&T Committee frequently consults with other medical experts to provide additional input to the Committee. Updates to the Recommended Drug List and drug usage guidelines are made as new clinical information and new drugs become available. In order to keep the List current, the P&T Committee evaluates clinical effectiveness, safety and overall value through:

- Medical and scientific publications
- Relevant utilization experience
- Physician recommendations

To obtain a copy of Health Net's most current Recommended Drug List, please visit our web site at www.healthnet.com, or call Member Services at **1-800-839-2172**.

Level III drugs:

Drugs listed as Level III or not on the Health Net Recommended Drug List

Level III drugs are prescription drugs that are listed as Level III or not listed on the Health Net Recommended Drug List. The Health Net Recommended Drug List is applicable to drugs (1) prescribed for Members living in California and (2) purchased at Health Net Participating Pharmacies. Prescription Drugs not listed in the Health Net Recommended Drug List that are not excluded or limited from coverage are covered. Some Level III drugs require prior authorization from Health Net.

What is "prior authorization"?

Some prescription medications require prior authorization. This means that your doctor must contact Health Net in advance to provide the medical reason for prescribing the medication. Upon receiving your physician's request for prior authorization, Health Net will evaluate the information submitted and make a determination based on established clinical criteria for the particular medication.

The criteria used for prior authorization are developed and based on input from the Health Net P&T Committee as well as physician specialist experts. Your physician may contact Health Net to obtain the usage guidelines for specific medications.

If authorization is denied by Health Net, you will receive written communication including the specific reason for denial. If you disagree with the decision, you may appeal the decision.

The appeal may be submitted in writing, by telephone or through e-mail. We must receive the appeal within 60 days of the date of the denial notice. Please refer to your Salud HMO y más Plan Contract and Evidence of Coverage for details regarding your right to appeal.

TO SUBMIT AN APPEAL TO HEALTH NET:

- Call Health Net Member Services at **1-800-839-2172**.
- Visit www.healthnet.com for information on e-mailing Health Net Member Services.
- Write to:

Health Net Member Services
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

PPO COVERAGE CERTIFICATION REQUIREMENTS

We work with you and your doctor to determine the most effective course of treatment covered under your policy. Through our Certification Program, you get approval for coverage before obtaining certain types of services. This helps protect you from undergoing

unnecessary medical procedures – and from having to pay a medical bill because a service wasn't covered.

When you receive certification for coverage, it means we've determined that the procedure your doctor has recommended is medically necessary and is appropriate treatment for your health problem. Certification also confirms that we'll extend coverage for the procedure, according to the terms of your policy. If you don't obtain certification when it is required, any benefits payable will be reduced by 50 percent. The reduction in benefits by 50 percent will apply to the following procedures:

1. Inpatient admissions. Any type of facility, including but not limited to:

- Hospital
- Skilled nursing facility
- Mental health facility
- Chemical dependency facility
- Acute rehabilitation center
- Hospice

2. Ambulance

- Air Ambulance
- Non-emergent transport

3. Ambulatory services

- Durable Medical Equipment
- Home Health Care Agency Services including nursing, physical therapy, occupational therapy, home I.V. therapy, Hospice Care, tocolytic services (intravenous drugs used to decrease or stop uterine contractions in premature labor) and home uterine monitoring
- Prosthesis for major limbs

4. Experimental services, new technology and evolutionary changes in proven technology.

5. Orthognatic procedures (surgery performed to correct or straighten jaw and/or other facial bone misalignments to improve function).

6. Outpatient Diagnostic Imaging:

- CT Scans
- MRA (Magnetic Resonance Angiography)
- MRI (Magnetic Resonance Imaging)
- MUGA Cardiac Scan (Multiple Gated Acquisition)
- PET (Positron Emission Tomography)
- SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography)

7. Surgical procedures including:

- Abdominal, ventral, umbilical, incisional hernia repair
- Blepharoplasty
- Breast reductions and augmentations
- Mastectomy for gynecomastia
- Rhinoplasty
- Sclerotherapy
- Uvulopalatopharyngoplasty (UPPP) and laser assisted UPPP

8. Temporomandibular Joint (TMJ) Disorder and treatment

9. Transplant-related services including pre-evaluation and pre-treatment services, and the transplant procedure.

CERTIFICATION EXCEPTIONS

Health Net Life (HNL) does not require Certification for dialysis services or maternity care. However, please notify HNL upon initiation of dialysis services or at time of the first prenatal visit.

We will consider the medical necessity for the proposed treatment, the proposed level of care (inpatient or outpatient) and the duration of the proposed treatment, with the exception of reconstructive surgery incident to a mastectomy.

You must request certification five or more days before the proposed admission date or commencement of treatment, except when due to an emergency. In the event of being admitted into a hospital or outpatient emergency room or urgent care center for non-emergency care, you or your doctor must contact us within 48 hours or as soon as reasonably possible. Services provided as a result of an emergency will not require certification.

The reduction in benefits by 50 percent that is payable under Salud PPO will continue to apply to benefits payable after you have met your maximum out-of-pocket limit.

When a member gives birth to a child in a hospital, she is entitled to benefits for 48 hours of inpatient care following a vaginal delivery or 96 hours following a caesarean section delivery. Certification penalties will not be applied for that period of time. However, certification must be obtained for a caesarean section or the physician determines that a longer hospital stay is medically necessary.

For more information, please contact your Health Net authorized agent, or visit www.healthnet.com.

Health Net
Individual & Family Coverage
P.O. Box 1150
Rancho Cordova, CA 95741-1150

Call toll-free
1-800-266-6606

Telecommunications device for the hearing impaired
1-800-995-0852

Other options:

Coverage for family members over 65 years of age:
1-800-944-7287

Coverage for children in a low-income household:
1-800-765-8378

Coverage for businesses with 50 and fewer employees:
1-800-448-4411 option 4

Coverage for businesses with 51 and more employees:
1-800-448-4411 option 4

COBERTURA DE SALUD HMO Y MÁS Y SALUD PPO

salud sin fronteras

Resumen de Beneficios

Entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2006



Health Net®
UNA MEJOR DECISIÓN

Este documento es sólo un resumen de su cobertura de salud. Usted tiene derecho a revisar el Contrato del plan y la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para los planes de Salud con Health Net HMO y más y la Póliza de cobertura de Salud con Health Net PPO antes de inscribirse. Para obtener una copia de estos documentos, comuníquese con su Corredor autorizado de Health Net o con su Representante de ventas de Health Net al 1-800-266-6606. El Contrato del plan y la EOC o la Póliza, que usted recibirá después de afiliarse, tienen los términos y condiciones, así como también las disposiciones contractuales vigentes y exactas de su cobertura de Health Net. Es importante que lea cuidadosamente este documento y su Contrato del plan y la EOC o la Póliza una vez que los reciba, especialmente todas aquellas secciones que se apliquen a las personas con necesidades especiales de atención de la salud. Los beneficios de salud y los cuadros de cobertura de las páginas 5 a 16 se incluyen para ayudarle a comparar los beneficios de cobertura.

Por favor, lea la siguiente información para saber de quién o de qué grupo de proveedores se obtendrá la atención de la salud.

INFORMACION IMPORTANTE QUE DEBE SABER SOBRE LA INSCRIPCION EN UN PLAN PPO

Acceso A la atención

Por favor, lea la siguiente información sobre de quien o de que grupo de proveedores puede recibir atención

Los proveedores dentro de la red han acordado proporcionarle servicios y suministros cubiertos y aceptan una tarifa especial contratada, llamada Gasto permitido, como pago total. Su participación en los costos se basa en esa tarifa contratada.

Los proveedores fuera de la red no han acordado participar en el programa PPO de Health Net. Cuando utilice un proveedor fuera de la red, los beneficios se reducirán de manera considerable y usted incurrirá en un gasto de desembolso significativamente más elevado.

Su gasto de desembolso es mayor porque:

- (i) Usted es responsable por un porcentaje mayor del costo de los beneficios en comparación con el costo de los beneficios cuando los servicios son proporcionados por proveedores dentro de la red.
- (ii) El beneficio de Health Net para los proveedores fuera de la red se basa en un porcentaje del Gasto habitual y razonable o en el “Programa de honorarios fijos” de Health Net. Si desea conocer más detalles, por favor consulte el folleto “Resumen de beneficios de PPO”.
- (iii) Usted es financieramente responsable por cualquier monto que exceda el monto que cobran dichos proveedores. PPO ofrece una opción para que elija donde recibir servicios: dentro y fuera de la red. Los médicos y los centros de salud contratados por PPO de Health Net se encuentran dentro de la red. Cuando acuda a un médico o centro de salud fuera de la red, pagará más.

CONTENIDO

Cobertura de salud, de calidad y accesible, en ambos lados de la frontera	2
Cómo funciona Salud HMO y más	3
Cómo funciona Salud PPO	3
Planes de seguro de vida complementario	4
Herramientas y recursos adicionales	4
Beneficios de Salud HMO y más 10	5
Beneficios de Salud HMO y más 25	8
Beneficios de Salud PPO 15	11
Beneficios de Salud PPO 25	13
Beneficios de Salud PPO 15/25% (“Mexi-Plan”)	15
Área de servicio de Salud	17
Cómo solicitar cobertura de Salud HMO y más o Salud PPO	17
Cosas importantes a saber sobre todas las opciones de cobertura	18
Exclusiones y limitaciones	28
Información adicional del producto HMO	32
Requisitos de certificación para la cobertura de PPO	34



COBERTURA DE SALUD, DE CALIDAD Y ACCESIBLE, EN AMBOS LADOS DE LA FRONTERA

La vida no siempre es simple o predecible. Usted necesita cobertura de la salud en caso de accidentes y enfermedades inesperadas. Y merece tener un fácil acceso a atención médica que usted pueda entender y que hagan frente a sus necesidades únicas.

Los planes de seguro Salud con Health Net HMO y más y Salud con Health Net PPO¹ son soluciones de cobertura de la salud simples y accesibles para individuos y familiares. Para aquellas personas que viven en California, éstos proporcionan beneficios en ambos lados de la frontera de California y México por parte de médicos y personal de consultorio que hablan su idioma y comprenden su cultura.



SALUD HMO Y MÁS

Salud HMO y más es el primer y único plan que le permite a las personas con cobertura de HMO en el condado de Los Angeles y de norte del condado de Orange (región norte del condado de Orange) recibir beneficios cuando visiten a proveedores en México sin referido (consulte la descripción del Área de servicio de Salud en página 17 en esta guía). De esto se trata la “atención médica sin fronteras”. El enfoque de Salud HMO y más con respecto a la atención médica es una solución ideal para las personas que viven en California y que además desean flexibilidad para tener acceso a atención cuando viajan a México o tienen dependientes que viven en dicho país.

SALUD PPO

Salud PPO es un plan de seguro ideal para las personas de los condados de Los Angeles, Orange y Ventura que desean lo último en libertad, ya sea en California o en México (consulte la descripción del Área de servicio de Salud más adelante en esta guía). Esto se debe a que los referidos no son necesarios para ser elegible para cobertura en California o en México.

¹Salud con Health Net HMO está garantizado por Health Net of California, Inc., una subsidiaria de Health Net, Inc. Para prestarle servicios a los afiliados de este plan que viven en California se han seleccionado a los proveedores de la Red Health Net Salud. Para prestarles servicios a afiliados que viven en México se ha seleccionado una red de médicos contratados con Sistemas Médicos Nacionales S.A. de C.V. (SIMNSA). Salud con Health Net PPO está garantizado por Health Net Life Insurance Company, una subsidiaria de Health Net of California, Inc.

Cómo funciona Salud HMO y más

Con Salud HMO y más, usted y sus familiares inscritos en el condado de Los Angeles y el norte del condado de Orange² pueden recibir cobertura a través de la Red Health Net Salud HMO en el caso de:

- consultas a su Médico de atención primaria;
- consultas a otros proveedores de California en la Red Health Net Salud HMO, luego de el referido de su médico;
- consultas a un médico u hospital en Sistemas Médicos Nacionales (SIMNSA) en México, no es necesario un referido.

Si vive en California, al momento de la inscripción, debe seleccionar un Médico de atención primaria de la Red Salud que preste sus servicios cerca de su lugar de residencia o trabajo para permitirle tener acceso a atención médica. Usted no tiene que escoger el mismo Médico de atención primaria para todos sus familiares. Su Médico de atención primaria de la red Salud supervisa toda su atención de la salud y le brinda referidos / autorizaciones si es necesaria la atención de un especialista. Los Médicos de atención primaria incluyen a médicos de práctica general o familiar, internistas, pediatras y obstetras / ginecólogos. En el caso de la atención recibida en California, primero se debe comunicar con su Médico de atención primaria para el tratamiento y consulta inicial antes de recibir cualquier tipo de atención o tratamiento a través de un hospital,

un especialista u otro proveedor de atención de la salud, salvo para las consultas con un obstetra / ginecólogo, tal como se explica más adelante en esta guía. Su Médico de atención primaria debe autorizar todos los tratamientos recomendados por dichos proveedores. Además, si vive en California, puede visitar cualquier proveedor contratado de la red SIMNSA en cualquier momento sin un referido.

Los familiares inscritos en México pueden visitar cualquier proveedor contratado de la red SIMNSA y no se les exigirá seleccionar un grupo médico o instalación de SIMNSA en particular para recibir los servicios. Todos los servicios cubiertos se deben recibir a través de los proveedores de SIMNSA seleccionados. Los familiares inscritos en México no pueden recibir beneficios del plan cuando visiten proveedores de California, salvo en casos de emergencia o atención que se necesite con urgencia.

La red Salud HMO en California incluye médicos, hospitales, especialistas y otros proveedores en el condado de Los Angeles y norte del condado de Orange. Muchos médicos y personal del consultorio hablan español y son líderes reconocidos por prestar servicios a la comunidad latina. La Red SIMNSA incluye médicos y hospitales en las siguientes ciudades: Tijuana, Mexicali, Tecate y Rosarito. La red Salud HMO y la red SIMNSA en conjunto incluyen más de 2,000 profesionales de atención de la salud y 36 hospitales.³

Cómo funciona Salud PPO

Con Salud PPO, usted y su familia inscrita en California pueden recibir cobertura para:

- consultas a su médico, así como también a otros proveedores de la red de Salud PPO, no es necesaria un referido.⁴
- consultas a otro profesional médico titulado en California (generalmente usted paga un desembolso más alto).
- consultas a cualquier médico o visitas a cualquier hospital de SIMNSA en México.

Los familiares que viven en México son elegibles para recibir cobertura en la red SIMNSA.⁵

La Red Salud PPO en California incluye médicos, hospitales, especialistas y otros proveedores en los condados de Los Angeles, Orange y Ventura. Muchos médicos y personal del consultorio hablan español y son líderes reconocidos por prestar servicios a la comunidad latina. La Red SIMNSA incluye médicos y hospitales en las siguientes ciudades: Tijuana, Mexicali, Tecate y Rosarito. La red Salud PPO y la red SIMNSA en conjunto incluyen más de 1,100 profesionales de atención de la salud y 37 hospitales.³

²Consulte la descripción del Área de servicio de Salud más adelante en esta guía.

³Datos a partir de agosto de 2005.

⁴Algunos servicios especificados exigen referido o autorización de su médico.

⁵Los familiares en México no pueden recibir beneficios del plan cuando visiten proveedores de California.

Planes de seguro de vida complementario¹

Usted tiene grandes sueños para sus hijos, desea asegurarse de que crezcan en un hogar cómodo y que se satisfagan sus necesidades adecuadamente. Sin embargo, ¿qué sucede si la muerte le quita a su familia su apoyo? Todos estos sueños aún se pueden hacer realidad si usted planifica hoy para proporcionarle los recursos financieros que su familia necesitará.

USTED PUEDE CONFIAR EN HEALTH NET LIFE INSURANCE COMPANY PARA SUS NECESIDADES DE SEGURO DE VIDA

Health Net Life Insurance Company se complace en ofrecer Seguros de vida temporales individuales accesibles, en las cantidades: \$15,000, \$30,000 y \$50,000.



TARIFAS MENSUALES DEL SEGURO DE VIDA

EDAD DEL ASEGURADO PRIMARIO	COSTO POR \$1,000	COSTO MENSUAL TOTAL			
		\$15,000	\$30,000	\$50,000	
19-29	\$0.19	\$2.85	\$5.70	\$9.50	
30-39	\$0.22	\$3.30	\$6.60	\$11.00	
40-49	\$0.50	\$7.50	\$15.00	\$25.00	
50-59	\$1.37	\$20.55	\$41.10	\$68.50	
60-64	\$2.00	\$30.00	\$60.00	\$100.00	

Términos:

- Si usted desea adquirir un seguro de vida, debe adquirir una cobertura mínima de \$15,000
- El beneficio máximo del seguro de vida es de \$50,000
- Para adquirir el Seguro de vida individual usted debe tener, por lo menos, 19 años de edad
- Sólo disponible para el afiliado primario
- No disponible con los planes de emisión de garantía HIPAA

Herramientas y recursos adicionales

Comprendemos que su familia, su trabajo, su hogar y sus obligaciones sociales llenan su ocupada vida. Es por eso que hemos facilitado la manera para tener acceso a la información del plan:

Asistencia cuando la necesite. Cuando es afiliado de Health Net, nuestro Centro de comunicación con el cliente está a su disposición de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Esta exclusiva línea telefónica cuenta con representantes que hablan español que pueden

ayudarle a responder sus preguntas. Para las preguntas básicas sobre su cobertura, se encuentra disponible una unidad de respuesta de voz interactiva en español las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Pago automático. Usted también tiene la opción de pagar sus primas de salud con una tarjeta de crédito o un giro bancario automático de su cuenta corriente, así como también con cheque.

¹Puesto que usted solicitó el seguro de salud con Health Net, no es necesario revisar información adicional para comprobar su elegibilidad para el Seguro de vida individual. La cobertura no entrará en vigencia hasta que sea aprobada por escrito por Health Net Life Insurance Company

BENEFICIOS PRINCIPALES Y CUADRO DE COBERTURA: SALUD HMO Y MÁS 10

EL OBJETIVO DE ESTE CUADRO ES QUE SE UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR SUS BENEFICIOS DE COBERTURA Y SÓLO ES UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Los co-pagos, beneficios y ciertos recursos legales disponibles para los afiliados que viven en México y que obtengan atención a través de SIMNSA pueden diferir de aquellos disponibles para los afiliados que viven en California y que obtengan atención a través de la Red Salud. Existen dos niveles de co-pago indicados para cada servicio o suministro cubierto. Los co-pagos de SIMNSA se aplican a los afiliados que reciben atención en México. Estos afiliados deben usar un proveedor contratado afiliado a SIMNSA que preste servicios en las regiones aprobadas de México. Los co-pagos de la Red Salud se aplican a los afiliados que reciben servicios en California dentro del área de servicio designada de este plan. Los afiliados que reciben atención en California deben usar su proveedor de la Red Salud seleccionado, salvo que necesiten atención de emergencia o de urgencia. Los afiliados son responsables de los niveles de co-pago correspondientes a su proveedor contratado y seleccionado. Los familiares inscritos en México no pueden recibir beneficios del plan cuando visiten proveedores de California, salvo en casos de emergencia o atención que se necesite con urgencia.

BENEFICIO	SALUD HMO Y MÁS 10	
	SIMNSA (MÉXICO)	SALUD (CA)
MÁXIMOS DE POR VIDA	Ilimitado	Ilimitado
DESEMBOLSO MÁXIMO¹ (Los pagos por servicios no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo anual.)	N/C	\$1,500 individual \$3,000 familiar
SERVICIOS PROFESIONALES		
Consulta con el médico	\$5	\$10
Consultas con un especialista	\$5	\$10
Visitas prenatales y post natales en el consultorio	\$5	\$10
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA		
Evaluación periódica de salud ²	\$5	\$10
Exámenes y evaluaciones de la vista	\$5	\$10
Exámenes y evaluaciones del oído	\$5	\$10
Inmunizaciones: normales	Totalmente cubierto	\$10
Inmunizaciones: para cumplir con requisitos ocupacionales o de viajes al exterior	Totalmente cubierto	20%
Exámenes y evaluación para la detección de cáncer de próstata	\$5	\$10
Examen obstétrico / ginecológico anual (examen pélvico y de los senos, examen para la detección del cáncer de cuello uterino y mamografías) ³	\$5	\$10
Pruebas de alergia	Totalmente cubierto	\$10
Servicios de inyección para alergias	\$5	\$10
Todas las demás inyecciones	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
Suero para alergias	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Cirugía para pacientes ambulatorios (gastos de hospital o centro de cirugía para pacientes ambulatorios solamente)	Totalmente cubierto	\$250
Servicios en centros para pacientes ambulatorios (que no sean cirugía)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN		
Habitaciones semiprivadas en hospitales o unidades de cuidados intensivos con servicios auxiliares (ilimitado, salvo en el caso de tratamiento de salud mental o de dependencia de sustancias químicas que no sean de gravedad)	Totalmente cubierto	\$250 por cada admisión
Servicios de cirujano o cirujano asistente	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
Internación en un Centro de enfermería especializada (limitada a 100 días por año calendario)	Totalmente cubierto	\$50 diarios
Atención de maternidad en un hospital o en un centro de enfermería especializada	Totalmente cubierto	\$250 por cada admisión
Visita del médico al hospital o al centro de enfermería especializada (excluye la atención por abuso de sustancias y trastornos mentales)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
COBERTURA DE SALUD DE EMERGENCIA		
Sala de emergencias (gastos profesionales y del centro)	\$10	\$50 (exento si es admitido en un hospital)
Centro de atención de urgencia (gastos del profesional y del centro)	\$10	\$10 (exento si es admitido en un hospital)
SERVICIOS DE AMBULANCIA		
Ambulancia terrestre	Totalmente cubierto	\$50
Ambulancia aérea	Totalmente cubierto	\$50

BENEFICIO	SALUD HMO Y MÁS 10 (CONTINUACIÓN)	
	SIMNSA (MÉXICO)	SALUD (CA)
COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS^{4,6}		
Farmacias participantes de SIMNSA (hasta un suministro para 30 días en México)	\$5	N/C
Farmacia de venta al por menor participante de Health Net (hasta un suministro para 30 días en California) ⁵	N/C	\$5 en el Nivel I (principalmente genéricos) \$35 en el Nivel II (principalmente medicamentos de marca, medidores de flujo de aire máximo, espaciadores de inhaladores y suministros para diabéticos incluida la insulina) \$50 en el Nivel III (o medicamentos que no se encuentran en la Lista de medicamentos recomendados) \$35 para dispositivos anticonceptivos
Medicamentos de mantenimiento a través del programa (hasta un suministro para 90 días) Disponible sólo en California ⁵	No cubierto	\$10 en el Nivel I (principalmente genéricos) \$70 en el Nivel II (principalmente medicamentos de marca, medidores de flujo de aire máximo, espaciadores de inhaladores y suministros para diabéticos, incluida la insulina) \$100 en el Nivel III (o medicamentos que no se encuentran en la Lista de medicamentos recomendados)
Medicamentos para dejar de fumar	\$5	50% (cubiertos hasta un curso de tratamiento de 12 semanas por año calendario si usted está simultáneamente inscrito en un programa integral de apoyo del comportamiento para dejar de fumar. Si desea información sobre los programas de apoyo del comportamiento para dejar de fumar que se encuentran disponibles a través de Health Net, comuníquese con Servicios al afiliado al número telefónico que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net o visite el sitio Web de Health Net en www.healthnet.com .) ⁵
EQUIPO MÉDICO DURADERO (incluye nebulizadores, mascarillas y tubos para el tratamiento del asma)		
Equipo médico duradero	Totalmente cubierto	50%
Prótesis ⁷	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y TRASTORNOS EMOCIONALES GRAVES DEL NIÑO⁸		
Pacientes ambulatorios	\$5	\$10
Pacientes internados	Totalmente cubierto	\$250 por cada admisión
SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA ENFERMEDADES MENTALES QUE NO SEAN DE GRAVEDAD⁸		
Pacientes ambulatorios	\$5	\$10
Pacientes internados	Totalmente cubierto	\$250 por cada admisión
SERVICIOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS Cuidado agudo (detoxificación)	20%	\$100 por día
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL HOGAR Servicios de atención de la salud en el hogar (máximo de 100 consultas por año calendario; se limita a tres consultas por día, con un máximo de cuatro horas por consulta)	No cubierto	\$15
OTRO		
Equipo para diabéticos (incluye monitores de glucosa en la sangre, bombas de insulina y dispositivos podiátricos) ⁷	Totalmente cubierto	\$25
Procedimientos de rayos X y laboratorio	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
Terapia de rehabilitación (incluye la terapia física, del habla, ocupacional y respiratoria)	\$5	\$10
Esterilizaciones	\$50	\$100
Trasplante de órganos y médula ósea (que no sean experimentales ni estén en investigación)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
Servicios de hospicio ⁹	Consulte "Habitaciones semiprivadas en hospitales o unidades de cuidados intensivos con servicios auxiliares" bajo "Servicios de hospitalización".	Totalmente cubierto

¹Los co-pagos que usted o sus familiares paguen por los servicios cubiertos se acumulan para enterar el desembolso individual o familiar (OOPM, por sus siglas en inglés). Después de que usted o sus familiares enteren el desembolso individual o familiar (OOPM), usted no pagará ninguna cantidad adicional por servicios cubiertos durante el resto del año calendario, salvo que se indique lo contrario. Una vez que un afiliado individual de una familia entere el desembolso máximo individual, el resto de los familiares inscritos deben continuar pagando los co-pagos hasta que (a) el total de dichos co-pagos y deducibles pagados por la familia alcance el desembolso máximo familiar o (b) cada familiar inscrito entere de manera individual el desembolso máximo individual. Usted es responsable por todos los gastos relacionados con servicios no cubiertos por el plan de salud. Los montos que se pagan para alcanzar ciertos servicios cubiertos, no se aplican al desembolso máximo del afiliado, según lo indicado en el cuadro. Los pagos por servicios no cubiertos por este plan no serán aplicados a este desembolso máximo anual. Para que se aplique el desembolso máximo familiar, usted y su familia deben estar inscritos como un grupo familiar.

²Para los efectos de la salud preventiva, tanto la evaluación periódica de salud como los servicios diagnósticos preventivos están cubiertos, basados en las recomendaciones publicadas por el Grupo especial de servicios preventivos de los Estados Unidos.

³Las mujeres pueden obtener servicios médicos de obstetricia / ginecología dentro del Grupo médico del Médico de atención primaria, para la atención obstétrica / ginecológica preventiva, el embarazo y los problemas ginecológicos, sin tener que comunicarse primero con su Médico de atención primaria. Las mamografías están cubiertas en los siguientes intervalos: una para las edades de 35 a 39 años, una cada 24 meses para las edades de 40 a 49 años y una por año para las personas de 50 años de edad o mayores.

⁴No se aplica al desembolso máximo, salvo cuando se usen co-pagos para medidores de flujo de aire máximo, espaciadores de inhaladores usados para el tratamiento del asma o suministros para diabéticos.

⁵La Lista de medicamentos recomendados de Health Net es la lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y padecimientos. La misma es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y a las farmacias participantes. La Lista de medicamentos recomendados de Health Net se aplica a los medicamentos 1) recetados para Afiliados que viven en California y 2) comprados en las Farmacias participantes de Health Net. Algunos de los medicamentos en la Lista pueden requerir autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la Lista (antes conocida como fuera del Formulario) que no están limitados ni excluidos de la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren autorización previa de Health Net. Los pedidos urgentes de los Médicos son manejados de manera oportuna, para que no excedan las 72 horas, según sean apropiados y Medicamento necesarios para la naturaleza de la condición del Afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Los pedidos de rutina de los Médicos son procesados de manera oportuna, para que no excedan los 5 días, según sean apropiados y Medicamento necesarios para la naturaleza de la condición del Afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Si desea una copia de la Lista de medicamentos recomendados, llame a Servicios al afiliado, al número que aparece en su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio Web en www.healthnet.com.

⁶Si el costo total es inferior al co-pago aplicable, usted pagará dicho costo.

⁷El equipo para diabéticos cubierto por el beneficio médico (a través de "Equipo para diabéticos") incluye monitores de glucosa en la sangre diseñados para ayudar a las personas con impedimentos visuales, bombas de insulina y suministros relacionados, y dispositivos podiátricos. El equipo y los suministros para diabéticos cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados incluyen insulina, marcas específicas de monitores de glucosa y tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en la sangre, tiras de prueba para cetonas en la orina, lancetas y dispositivos para tomas de muestra, sistemas de administración con pluma reutilizable (incluye las agujas para la pluma), para la administración de insulina, y jeringas para insulina. Además, los siguientes suministros están cubiertos por el beneficio médico tal como se especificó: dispositivos para la vista (excluye anteojos) para ayudar a las personas con impedimentos visuales con la dosificación correcta de la insulina proporcionado a través del beneficio de prótesis; Glucagon, proporcionado a través del beneficio de medicamentos autoinyectables. La capacitación para el autocontrol, la educación y las terapias de nutrición médica estarán cubiertas, sólo si las presta un profesional de atención de la salud titulado, con conocimiento en el control o en el tratamiento de la diabetes (proporcionado a través del beneficio de educación del paciente).

⁸Si desea conocer las definiciones de enfermedad mental grave o trastornos emocionales graves del niño, consulte la página 23. Para el nivel de Salud, el tratamiento de trastornos mentales que no sean de gravedad se limita a 20 consultas como paciente ambulatorio y a 30 días como paciente internado por año calendario. Para el nivel de SIMNSA, el tratamiento de trastornos mentales que no son de gravedad se limita a 20 consultas como paciente ambulatorio y a 20 días como paciente internado por año calendario.

⁹La atención de hospicio disponible en México es sólo en un entorno hospitalario para el tratamiento de enfermedades agudas. Su co-pago por la atención de hospicio será el mismo que para servicios hospitalarios para pacientes internados. (Consulte "Habitaciones semiprivadas en hospitales o unidades de cuidados intensivos con servicios auxiliares" bajo "Servicios de hospitalización" en el cuadro anterior.)

BENEFICIOS PRINCIPALES Y CUADRO DE COBERTURA: SALUD HMO Y MÁS 25

EL OBJETIVO DE ESTE CUADRO ES QUE SE UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR SUS BENEFICIOS DE COBERTURA Y SÓLO ES UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA, SE DEBEN CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC).

Los co-pagos, beneficios y ciertos recursos legales disponibles para los afiliados que viven en México y que obtengan atención a través de SIMNSA pueden diferir de aquellos disponibles para los afiliados que viven en California y que obtengan atención a través de la Red Salud. Existen dos niveles de co-pago indicados para cada servicio o suministro cubierto. Los co-pagos de SIMNSA se aplican a los afiliados que reciben atención en México. Estos afiliados deben usar un proveedor contratado afiliado a SIMNSA que preste servicios en las regiones aprobadas de México. Los co-pagos de la Red Salud se aplican a los afiliados que reciben servicios en California dentro del área de servicio designada de este plan. Los afiliados que reciben atención en California deben usar su proveedor de la Red Salud seleccionado, salvo que necesiten atención de emergencia o de urgencia. Los afiliados son responsables de los niveles de co-pago correspondientes a su proveedor contratado y seleccionado. Los familiares inscritos en México no pueden recibir beneficios del plan cuando visiten proveedores de California, salvo en casos de emergencia o atención que se necesite con urgencia.

BENEFICIO	SALUD HMO Y MÁS 25	
	SIMNSA (MÉXICO)	SALUD (CA)
MÁXIMOS DE POR VIDA	Ilimitado	Ilimitado
DESEMBOLSO MÁXIMO¹ (Los pagos por servicios no cubiertos por este plan no se aplicarán a este desembolso máximo anual.)	N/C	\$3,500 individual \$7,000 familiar
SERVICIOS PROFESIONALES		
Consulta con el médico	\$5	\$25
Consultas con un especialista	\$5	\$25
Visitas prenatales y post natales al consultorio	\$5	\$25
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA		
Evaluación periódica de salud ²	\$5	\$25
Exámenes y evaluaciones de la vista	\$5	\$25
Exámenes y evaluaciones del oído	\$5	\$25
Inmunizaciones: normales	Totalmente cubierto	\$25
Inmunizaciones: para cumplir con requisitos ocupacionales o de viajes al exterior	Totalmente cubierto	20%
Exámenes y evaluación para la detección de cáncer de próstata	\$5	\$25
Examen obstétrico / ginecológico anual (examen pélvico y de los senos, examen para la detección del cáncer de cuello uterino y mamografías) ³	\$5	\$25
Pruebas de alergia	Totalmente cubierto	\$25
Servicios de inyección para alergias	\$5	\$25
Todas las demás inyecciones	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
Suero para alergias	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Cirugía para pacientes ambulatorios (gastos de hospital o centro de cirugía para pacientes ambulatorios solamente)	Totalmente cubierto	\$500
Servicios en centros para pacientes ambulatorios (que no sean cirugía)	Totalmente cubierto	30%
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN		
Habitaciones semiprivadas en hospitales o unidades de cuidados intensivos con servicios auxiliares (ilimitado, salvo en el caso de tratamiento de salud mental o de dependencia de sustancias químicas que no sean de gravedad)	Totalmente cubierto	\$1,500 por cada admisión
Servicios de cirujano o cirujano asistente	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
Internación en un Centro de enfermería especializada (limitada a 100 días por año calendario)	Totalmente cubierto	\$50 por día
Atención de maternidad en un hospital o en un centro de enfermería especializada	Totalmente cubierto	\$1,500 por cada admisión
Visita del médico al hospital o al centro de enfermería especializada (excluye la atención por abuso de sustancias y trastornos mentales)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
COBERTURA DE SALUD DE EMERGENCIA		
Sala de emergencias (gastos profesionales y del centro)	\$10	\$100 (exento si se admite en un hospital)
Centro de atención de urgencia (gastos del profesional y del centro)	\$10	\$25 (exento si se admite en un hospital)
SERVICIOS DE AMBULANCIA		
Ambulancia terrestre	Totalmente cubierto	\$100
Ambulancia aérea	Totalmente cubierto	\$100
COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS^{4,6} Deducible (se aplica por afiliado, por año calendario) ⁷	No se aplica	Deducible de \$150 por medicamento de marca
Farmacia de venta al por menor participante de SIMNSA (hasta un suministro para 30 días en México)	\$5	N/C

BENEFICIO	SALUD HMO Y MÁS 25 (CONTINUACIÓN)	
	SIMNSA (MÉXICO)	SALUD (CA)
Farmacia de venta al por menor participante de Health Net (hasta un suministro para 30 días en California) ⁵	N/C	\$5 en el Nivel I (principalmente genéricos) \$35 en el Nivel II (principalmente medicamentos de marca, medidores de flujo de aire máximo, espaciadores de inhaladores y suministros para diabéticos, incluida la insulina) \$50 en el Nivel III (o medicamentos que no se encuentran en la Lista de medicamentos recomendados) \$35 para dispositivos anticonceptivos
Medicamentos de mantenimiento a través del programa de compra por correo (hasta un suministro para 90 días) Disponible solo en California ⁵	No cubierto	\$10 en el Nivel I (principalmente genéricos) \$70 en el Nivel II (principalmente medicamentos de marca, medidores de flujo de aire máximo, espaciadores de inhaladores y suministros para diabéticos, incluida la insulina) \$100 en el Nivel III (o medicamentos que no se encuentran en la Lista de medicamentos recomendados)
Medicamentos para dejar de fumar	\$5	50% (cubiertos hasta un curso de tratamiento de 12 semanas por año calendario si usted está simultáneamente inscrito en un programa integral de apoyo del comportamiento para dejar de fumar. Si desea información sobre los programas de apoyo del comportamiento para dejar de fumar que se encuentran disponibles a través de Health Net, comuníquese con Servicios al afiliado al número telefónico que aparece en su tarjeta de identificación de Health Net o visite el sitio Web de Health Net en www.healthnet.com .) ⁵
EQUIPO MÉDICO DURADERO (incluye nebulizadores, mascarillas y tubos para el tratamiento del asma)		
Equipo médico duradero	Totalmente cubierto	50%
Prótesis ⁸	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y TRASTORNOS EMOCIONALES GRAVES DEL NIÑO⁹		
Pacientes ambulatorios	\$5	\$25
Pacientes internados	Totalmente cubierto	\$1,500 por cada admisión
SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA ENFERMEDADES MENTALES QUE NO SEAN DE GRAVEDAD⁹		
Pacientes ambulatorios	\$5	\$25
Pacientes internados	Totalmente cubierto	\$1,500 por cada admisión
SERVICIOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS		
Cuidado agudo (detoxificación)	20%	\$100 por día
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL HOGAR Servicios de atención de la salud en el hogar (máximo de 100 consultas por año calendario; se limita a tres consultas por día, con un máximo de cuatro horas por consulta)	No cubierto	\$25
OTRO Equipo para diabéticos (incluye monitores de glucosa en la sangre, bombas de insulina y dispositivos podiátricos) ⁸	Totalmente cubierto	\$25
Procedimientos de rayos X y laboratorio	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
Terapia de rehabilitación (incluye la terapia física, del habla, ocupacional y respiratoria)	\$5	\$25
Esterilizaciones	\$50	\$200
Trasplante de órganos y médula ósea (que no sean experimentales ni estén en investigación)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
Servicios de hospicio ¹⁰	Consulte "Habitaciones semiprivadas en hospitales o unidades de cuidados intensivos con servicios auxiliares" bajo "Servicios de hospitalización"	Totalmente cubierto

¹Los co-pagos que usted o sus familiares paguen por los servicios cubiertos se acumulan para enterar el desembolso individual o familiar (OOPM, por sus siglas en inglés). Después de que usted o sus familiares enteren el desembolso individual o familiar (OOPM), usted no pagará ninguna cantidad adicional por servicios cubiertos durante el resto del año calendario, salvo que se indique lo contrario. Una vez que un afiliado individual de una familia entere el desembolso máximo individual, el resto de los familiares inscritos deben continuar pagando los co-pagos hasta que (a) el total de dichos co-pagos y deducibles pagados por la familia alcance el desembolso máximo familiar o (b) cada familiar inscrito entere de manera individual el desembolso máximo individual. Usted es responsable por todos los gastos relacionados con servicios no cubiertos por el plan de salud. Los montos que se pagan para alcanzar ciertos servicios cubiertos, no se aplican al desembolso máximo del afiliado, según lo indicado en el cuadro. Los pagos por servicios no cubiertos por este plan no serán aplicados a este desembolso máximo anual. Para que se aplique el desembolso máximo familiar, usted y su familia deben estar inscritos como un grupo familiar.

²Para los efectos de la salud preventiva, tanto la evaluación periódica de salud como los servicios diagnósticos preventivos están cubiertos, basados en las recomendaciones publicadas por el Grupo especial de servicios preventivos de los Estados Unidos.

³Las mujeres pueden obtener servicios médicos de obstetricia / ginecología dentro del Grupo médico del Médico de atención primaria, para la atención obstétrica / ginecológica preventiva, el embarazo y los problemas ginecológicos, sin tener que comunicarse primero con su Médico de atención primaria. Las mamografías están cubiertas en los siguientes intervalos: una para las edades de 35 a 39 años, una cada 24 meses para las edades de 40 a 49 años y una por año para las personas de 50 años de edad o mayores.

⁴No se aplica al desembolso máximo, salvo cuando se usen co-pagos para medidores de flujo de aire máximo, espaciadores de inhaladores usados para el tratamiento del asma o suministros para diabéticos.

⁵La Lista de medicamentos recomendados de Health Net es la lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y padecimientos. La misma es preparada por Health Net y distribuida a los médicos contratados por Health Net y a las farmacias participantes. La Lista de medicamentos recomendados de Health Net se aplica a los medicamentos 1) recetados para Afiliados que viven en California y 2) comprados en las Farmacias participantes de Health Net. Algunos de los medicamentos en la Lista pueden requerir autorización previa de Health Net. Están cubiertos los medicamentos que no se encuentran en la Lista (antes conocida como fuera del Formulario) que no están limitados ni excluidos de la cobertura. Algunos medicamentos que no se encuentran en la lista requieren autorización previa de Health Net. Los pedidos urgentes de los Médicos son manejados de manera oportuna, para que no excedan las 72 horas, según sean apropiados y Medicamento necesarios para la naturaleza de la condición del Afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Los pedidos de rutina de los Médicos son procesados de manera oportuna, para que no excedan los 5 días, según sean apropiados y Medicamento necesarios para la naturaleza de la condición del Afiliado, después de la recepción por parte de Health Net de la información razonablemente necesaria y solicitada por Health Net para tomar la determinación. Si desea una copia de la Lista de medicamentos recomendados, llame a Servicios al afiliado, al número que aparece en su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio Web en www.healthnet.com.

⁶Si el costo total es inferior al co-pago aplicable, usted pagará dicho costo.

⁷El deducible por año calendario para medicamentos recetados de marca (por afiliado, por año calendario), se debe pagar para los servicios cubiertos por medicamentos recetados de marca antes de que Health Net comience a pagar. El deducible de medicamentos recetados de marca no se aplica a los medidores de flujo de aire máximo, espaciadores de inhaladores usados para el tratamiento del asma y suministros y equipos para diabéticos despachados a través de una farmacia participante. Los gastos cubiertos de medicamentos recetados son los más bajos de la tasa de farmacias contratadas por Health Net o de los gastos habituales para los medicamentos recetados cubiertos.

⁸El equipo para diabéticos cubierto por el beneficio médico (a través de "Equipo para diabéticos") incluye monitores de glucosa en la sangre diseñados para ayudar a las personas con impedimentos visuales, bombas de insulina y suministros relacionados, y dispositivos podiátricos. El equipo y los suministros para diabéticos cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados incluyen insulina, marcas específicas de monitores de glucosa y tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en la sangre, tiras de prueba para cetonas en la orina, lancetas y dispositivos para tomas de muestra, sistemas de administración con pluma reutilizable (incluye las agujas para la pluma), para la administración de insulina, y jeringas para insulina. Además, los siguientes suministros están cubiertos por el beneficio médico tal como se especificó: dispositivos para la vista (excluye anteojos) para ayudar a las personas con impedimentos visuales con la dosificación correcta de la insulina proporcionado a través del beneficio de prótesis; Glucagon, proporcionado a través del beneficio de medicamentos autoinyectables. La capacitación para el autocontrol, la educación y las terapias de nutrición médica estarán cubiertas, sólo si las presta un profesional de atención de la salud titulado, con conocimiento en el control o en el tratamiento de la diabetes (proporcionado a través del beneficio de educación del paciente).

⁹Si desea conocer las definiciones de enfermedad mental grave o trastornos emocionales graves del niño, consulte la página 23. Para el nivel de Salud, el tratamiento de trastornos mentales que no sean de gravedad se limita a 20 consultas como paciente ambulatorio y a 30 días como paciente internado por año calendario. Para el nivel de SIMNSA, el tratamiento de trastornos mentales que no son de gravedad se limita a 20 consultas como paciente ambulatorio y a 20 días como paciente internado por año calendario.

¹⁰La atención de hospicio disponible en México es sólo en un entorno hospitalario para el tratamiento de enfermedades agudas. Su co-pago por la atención de hospicio será el mismo que para servicios hospitalarios para pacientes internados. (Consulte "Habitaciones semiprivadas en hospitales o unidades de cuidados intensivos con servicios auxiliares" bajo "Servicios de hospitalización" en el cuadro anterior.)

BENEFICIOS PRINCIPALES Y CUADRO DE COBERTURA: SALUD PPO 15

EL OBJETIVO DE ESTE CUADRO ES QUE SE UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR SUS BENEFICIOS DE COBERTURA Y SÓLO ES UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA SE DEBE CONSULTAR LA PÓLIZA.

BENEFICIO	SALUD PPO 15		
	SIMNSA (MÉXICO)	DENTRO DE LA RED ¹ (CA)	FUERA DE LA RED ² (CA)
MÁXIMO DE POR VIDA		\$6,000,000 combinado	
DEDUCIBLE ANUAL Se enter a el deducible familiar cuando dos familiares hayan enterado sus deducibles individuales	N/C	\$1,500 individual / 2 por familia	\$3,000 individual / 2 por familia
DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	\$1,000 individual \$2,000 familiar	El afiliado debe cumplir solamente con el deducible por año calendario / 2 por familia	El afiliado debe cumplir solamente con el deducible por año calendario / 2 por familia
SERVICIOS PROFESIONALES Consulta con el médico	\$5	\$15 (no se exige deducible)	50%
Procedimientos de rayos X y laboratorio ⁴	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50%
EXAMEN MÉDICO ANUAL DE RUTINA⁹	No cubierto	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	No cubierto
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA Atención preventiva de adultos (19 años de edad o mayores) Examen obstétrico / ginecológico anual ³ (examen pélvico y de los senos, examen de Papanicolaou y mamografías) / Examen y evaluación anual para la detección del cáncer de próstata	\$5	\$15 (no se exige deducible)	No cubierto
Atención preventiva infantil (recién nacidos hasta los 18 años) Controles, inmunizaciones, exámenes auditivos y de la vista	\$5	\$15 (no se exige deducible)	No cubierto
MATERNIDAD Y EMBARAZO Visitas prenatales y post natales al consultorio	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50%
Atención hospitalaria por maternidad	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50% ⁷
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y DE URGENCIA Sala de emergencias (gastos profesionales y del centro)	10% + un deducible de \$25 si no se admite como paciente internado	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible
Centro de atención de urgencia (cargos de la instalación)	10% + un deducible de \$25 si no se admite como paciente internado	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible
Ambulancia ⁴	\$20 + 10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible
SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS⁴ Cirugía para pacientes ambulatorios (gastos de hospital o centro de cirugía para pacientes ambulatorios solamente)	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50% ⁷
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50% ⁷
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN⁴ Paciente internado, habitaciones semiprivadas en hospitales o unidades de cuidado intensivo con servicios auxiliares para pacientes internados (ilimitado excepto para el tratamiento de salud mental o de dependencia de sustancias químicas que no es de gravedad)	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50% ⁷
Cirujano o cirujano asistente y servicios de anestesia (en un entorno hospitalario, para pacientes internados)	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50%
SALUD REPRODUCTIVA Esterilización	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	No cubierto

BENEFICIO			
SALUD PPO 15 (CONTINUACIÓN)			
	SIMNSA (MÉXICO)	DENTRO DE LA RED ¹ (CA)	FUERA DE LA RED ² (CA)
OTROS SERVICIOS Terapia de rehabilitación, incluye la terapia física, del habla, ocupacional, respiratoria y cardíaca ⁴	10% (máximo de 12 consultas por año calendario)	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible (máximo de 20 consultas por año calendario)	No cubierto
Atención quiropráctica / Acupuntura	No cubierto	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible (máximo de 12 consultas por año calendario / máximo de \$20 pagadero por consulta)	No cubierto
Trastornos de salud mental que no sean de gravedad ^{4,5,6}	\$5 + 10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50%
Equipo médico duradero (incluyendo ortosis para pies) ⁴	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible (\$200 máximo por año calendario combinado con SIMNSA)	No cubierto
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios⁸ Surtido en una farmacia participante (hasta un suministro para 30 días); Sin cobertura en farmacias no participantes	\$5	\$5 por Nivel I (genéricos) Deducible de \$150 por medicamento de marca \$35 en el Nivel II (medicamento de marca) \$50 en el Nivel III (fuera del formulario)	No cubierto

¹El afiliado paga la tarifa negociada, es decir, la tarifa que el Proveedor participante o preferido ha acordado aceptar para prestar un servicio cubierto.

²El porcentaje es una parte del gasto cubierto, basado en la cantidad razonable y acostumbrada. Usted es responsable por cualquier gasto que exceda los gastos cubiertos.

³Las mamografías están cubiertas en los siguientes intervalos: una para las personas de 35 a 39 años, una cada 24 meses para las personas de 40 a 49 años y una por año para las personas de 50 años de edad o mayores.

⁴Algunos servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, el beneficio se reduce en un 50%.

⁵Los gastos cubiertos incurridos por una enfermedad mental o dependencia de sustancias químicas que no sean de gravedad no se acumulan para enterar el desembolso máximo.

⁶El máximo pagadero por un paciente internado debido a una enfermedad mental que no sea de gravedad es de \$300 diarios, el beneficio máximo es de 30 días. Si el plan lo cubre, el máximo pagadero por un paciente ambulatorio debido a una enfermedad mental que no sea de gravedad es de \$30 por consulta, con un máximo de 20 consultas al año.

⁷Los gastos máximos permitidos son de \$600 por día.

⁸El deducible por año calendario para medicamentos recetados de Marca (por afiliado), si corresponde, debe ser pagado para los servicios cubiertos por medicamentos recetados antes de que Health Net comience a pagar. El deducible farmacéutico por medicamento de marca es por afiliado y separado del deducible médico por año calendario. Los gastos cubiertos de medicamentos recetados son los más bajos de la tasa de farmacias contratadas por Health Net o de los gastos habituales para los medicamentos recetados cubiertos. Los gastos por medicamentos recetados no se aplican a su límite de desembolso máximo.

La Lista de medicamentos recomendados es una lista de medicamentos recetados que están cubiertos por este plan. La misma es preparada por Health Net y proporcionada a los médicos afiliados y a las farmacias participantes. Algunos medicamentos requieren aprobación previa de Health Net. Además, si su condición requiere el uso de un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos recomendados, su médico puede solicitar dicho medicamento a través del proceso de autorización previa. Las solicitudes urgentes de autorización previa se manejan dentro de las 72 horas. Si desea una copia de la Lista de medicamentos recomendados, llame al Centro de atención al cliente de Health Net, al número que aparece en su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio Web en www.healthnet.com.

⁹Los exámenes médicos anuales de rutina se limitan a un examen por año calendario y a un pago máximo de \$200 por el examen, y todos los rayos X y procedimientos de laboratorio.

BENEFICIOS PRINCIPALES Y CUADRO DE COBERTURA: SALUD PPO 25

EL OBJETIVO DE ESTE CUADRO ES QUE SE UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR SUS BENEFICIOS DE COBERTURA Y SÓLO ES UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA SE DEBE CONSULTAR LA PÓLIZA.

BENEFICIO	SALUD PPO 25		
	SIMNSA (MÉXICO)	DENTRO DE LA RED ¹ (CA)	FUERA DE LA RED ² (CA)
MÁXIMO DE POR VIDA		\$6,000,000 combinado	
DEDUCIBLE ANUAL Se entera el deducible familiar cuando dos familiares hayan enterado sus deducibles individuales	N/C	\$2,500 individual / 2 por familia	\$5,000 individual / por familia
DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	\$1,000 individual \$2,000 familiar	El afiliado debe cumplir solamente con el deducible por año calendario / 2 por familia	El afiliado debe cumplir solamente con el deducible por año calendario / 2 por familia
SERVICIOS PROFESIONALES Consulta con el médico	\$5	\$25 (no se exige deducible)	50%
Procedimientos de rayos X y laboratorio ⁴	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50%
EXAMEN MÉDICO ANUAL DE RUTINA⁹	No cubierto	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	No cubierto
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA Atención preventiva de adultos (19 años de edad o mayores) Examen obstétrico / ginecológico anual ³ (examen pélvico y de los senos, examen de Papanicolaou y mamografías) / Examen y evaluación anual para la detección del cáncer de próstata	\$5	\$25 (no se exige deducible)	No cubierto
Atención preventiva infantil (recién nacidos hasta los 18 años) Controles, inmunizaciones, exámenes auditivos y de la vista	\$5	\$25 (no se exige deducible)	No cubierto
MATERNIDAD Y EMBARAZO Visitas prenatales y post natales al consultorio	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50%
Atención hospitalaria por maternidad	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50% ⁷
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y DE URGENCIA Sala de emergencias (gastos profesionales y del centro)	10% + un deducible de \$25 si no se admite como paciente internado	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible
Centro de atención de urgencia (cargos de la instalación)	10% + un deducible de \$25 si no se admite como paciente internado	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible
Ambulancia ⁴	\$20 + 10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible
SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS⁴ Cirugía para pacientes ambulatorios (sólo gastos de hospitalización o del centro de cirugía para pacientes ambulatorios)	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50% ⁷
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50% ⁷
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN⁴ Paciente internado, habitaciones semiprivadas en hospitales o unidades de cuidado intensivo con servicios auxiliares para para pacientes internados (ilimitado excepto para el tratamiento de salud mental o de dependencia de sustancias químicas) que no es de gravedad	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50% ⁷
Cirujano o asistente del cirujano y servicios de anestesia (entorno hospitalario para pacientes internados)	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50%
SALUD REPRODUCTIVA Esterilización	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	No cubierto

BENEFICIO	SALUD PPO 25 (CONTINUACIÓN)		
	SIMNSA (MÉXICO)	DENTRO DE LA RED ¹ (CA)	FUERA DE LA RED ² (CA)
OTROS SERVICIOS Terapia de rehabilitación, incluye la terapia física, del habla, ocupacional, respiratoria y cardíaca ⁴	10% (máximo de 12 consultas por año calendario)	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible (máximo de 20 consultas por año calendario)	No cubierto
Atención quiropráctica / Acupuntura	No cubierto	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible (máximo de 12 consultas por año calendario / máximo de \$20 pagadero por consulta)	No cubierto
Trastornos de salud mental que no sean de gravedad ^{4,5,6}	\$5 + 10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible	50%
Equipo médico duradero (incluyendo ortosis para pies) ⁴	10%	Totalmente cubierto después de que se alcance el deducible (\$200 máximo por año calendario combinado con SIMNSA)	No cubierto
MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS⁸ Surtido en una farmacia participante (hasta un suministro para 30 días); Sin cobertura en farmacias no participantes	\$5	\$5 por Nivel I (genéricos) Deducible de \$150 por medicamento de marca \$35 en el Nivel II (medicamento de marca) \$50 en el Nivel III (fuera del formulario)	No cubierto

¹El afiliado paga la tarifa negociada, es decir, la tarifa que el Proveedor participante o preferido ha acordado aceptar para prestar un servicio cubierto.

²El porcentaje es una parte del gasto cubierto, basado en la cantidad razonable y acostumbrada. Usted es responsable por cualquier gasto que exceda los gastos cubiertos.

³Las mamografías están cubiertas en los siguientes intervalos: una para las personas de 35 a 39 años, una cada 24 meses para las personas de 40 a 49 años y una por año para las personas de 50 años de edad o mayores.

⁴Algunos servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, el beneficio se reduce en un 50%.

⁵Los gastos cubiertos incurridos por una enfermedad mental o dependencia de sustancias químicas que no sean de gravedad no se acumulan para enterar en desembolso máximo.

⁶El máximo pagadero por un paciente internado debido a una enfermedad mental que no sea de gravedad es de \$300 diarios, el beneficio máximo es de 30 días. Si el plan lo cubre, el máximo pagadero por un paciente ambulatorio debido a una enfermedad mental que no sea de gravedad es de \$30 por consulta, con un máximo de 20 consultas al año.

⁷Los gastos máximos permitidos son de \$600 por día.

⁸El deducible por año calendario para medicamentos recetados de Marca (por afiliado), si corresponde, debe ser pagado para los servicios cubiertos por medicamentos recetados antes de que Health Net comience a pagar. El deducible farmacéutico por medicamento de marca es por afiliado y separado del deducible médico por año calendario. Los gastos cubiertos de medicamentos recetados son los más bajos de la tasa de farmacias contratadas por Health Net o de los gastos habituales para los medicamentos recetados cubiertos. Los cargos por medicamentos recetados no se aplican a su límite máximo de desembolso.

La Lista de medicamentos recomendados es una lista de medicamentos recetados que están cubiertos por este plan. La misma es preparada por Health Net y proporcionada a los médicos afiliados y a las farmacias participantes. Algunos medicamentos requieren aprobación previa de Health Net. Además, si su condición requiere el uso de un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos recomendados, su médico puede solicitar dicho medicamento a través del proceso de autorización previa. Las solicitudes urgentes de autorización previa se manejan dentro de las 72 horas. Si desea una copia de la Lista de medicamentos recomendados, llame al Centro de atención al cliente de Health Net, al número que aparece en su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio web a www.healthnet.com..

⁹Los exámenes médicos anuales de rutina se limitan a un examen por año calendario y a un pago máximo de \$200 por el examen, y todos los rayos X y procedimientos de laboratorio.

BENEFICIOS PRINCIPALES Y CUADRO DE COBERTURA: SALUD PPO 15/25% ("MEXI-PLAN")

EL OBJETIVO DE ESTE CUADRO ES QUE SE UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR SUS BENEFICIOS DE COBERTURA Y SÓLO ES UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA SE DEBE CONSULTAR LA PÓLIZA.

BENEFICIO	SALUD PPO 15/25% ("MEXI-PLAN")		
	SIMNSA (MÉXICO)	DENTRO DE LA RED ¹ (CA)	FUERA DE LA RED ² (CA)
MÁXIMO DE POR VIDA		\$6,000,000 combinado	
DEDUCIBLE ANUAL Se entera el deducible familiar cuando dos familiares hayan enterado sus deducibles individuales	N/C	\$2,500 individual / 2 por familia	\$5,000 individual / 2 por familia
DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	\$1,000 individual / 2 por familia	\$5,000 individual / 2 por familia	\$10,000 individual / \$2,000 familia
Consulta con el médico	\$5	\$15 (no se exige deducible)	50%
Consulta a un especialista	\$5	\$40 (no se exige deducible)	50%
Procedimientos de rayos X y laboratorio ⁴	10%	25%	50%
EXAMEN MÉDICO ANUAL DE RUTINA³	No cubierto	No cubierto	No cubierto
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA Atención preventiva de adultos (19 años de edad o mayores) Examen obstétrico / ginecológico anual ³ (examen pélvico y de los senos, examen de Papanicolaou y mamografías) / Examen y evaluación anual para la detección del cáncer de próstata	\$5	\$15 (no se exige deducible)	No cubierto
Atención preventiva infantil (recién nacidos hasta los 18 años) Controles, inmunizaciones, exámenes auditivos y de la vista	\$5	\$15 (no se exige deducible)	No cubierto
MATERNIDAD Y EMBARAZO Visitas prenatales y post natales al consultorio	10%	25%	50%
Atención hospitalaria por maternidad	10%	25%	50% ⁷
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y DE URGENCIA Sala de emergencias (gastos profesionales y del centro)	10% + un deducible de \$25 si no se admite como paciente internado	25%	25%
Centro de atención de urgencia (cargos de la instalación)	10% + un deducible de \$25 si no se admite como paciente internado	25%	25%
Ambulancia ⁴	\$20 + 10%	25%	50%
SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS⁴ Cirugía para pacientes ambulatorios (gastos de hospital o centro de cirugía para pacientes ambulatorios solamente)	10%	25%	50% ⁷
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	10%	25%	50% ⁷
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN⁴ Paciente internado, habitaciones semiprivadas en hospitales o unidades de cuidado intensivo con servicios auxiliares para pacientes internados (ilimitado excepto para el tratamiento de salud mental o de dependencia de sustancias químicas) que no es de gravedad	10%	25%	50% ⁷
Cirujano o asistente del cirujano y servicios de anestesia (entorno hospitalario para pacientes internados)	10%	25%	50%
SALUD REPRODUCTIVA Esterilización	10%	25%	No cubierto
OTROS SERVICIOS Terapia de rehabilitación, incluye la terapia física, del habla, ocupacional, respiratoria y cardíaca (Máximo de \$25 pagadero por consulta)	10% (máximo de 12 consultas por año calendario)	25% ⁴ (máximo de 20 consultas por año calendario / 50%)	No cubierto
Atención quiropráctica	No cubierto	50% (máximo de 12 consultas por año calendario / máximo de \$20 pagadero por consulta)	No cubierto

SALUD PPO MEXI-PLAN 15/25% (CONTINUACIÓN)			
	SIMNSA (MÉXICO)	DENTRO DE LA RED ¹ (CA)	FUERA DE LA RED ² (CA)
Trastornos de salud mental que no sean de gravedad ^{4,5,6}	\$5 + 10%	25%	50%
Equipo médico duradero (incluyendo ortosis para pies) ⁴	10%	25% (\$200 máximo por año calendario combinado con SIMNSA)	No cubierto
MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS⁸ Surtido en una farmacia participante (hasta un suministro para 30 días); Sin cobertura en farmacias no participantes	\$5	\$5 por Nivel I (genéricos) Deducible de \$150 por medicamento de marca \$35 en el Nivel II (medicamento de marca) \$50 en el Nivel III (fuera del formulario)	No cubierto

¹El afiliado paga la tarifa negociada, es decir, la tarifa que el Proveedor participante o preferido ha acordado aceptar para prestar un servicio cubierto.

²El porcentaje es una parte del gasto cubierto, basado en la cantidad razonable y acostumbrada. Usted es responsable por cualquier gasto que exceda los gastos cubiertos.

³Las mamografías están cubiertas en los siguientes intervalos: una para las personas de 35 a 39 años, una cada 24 meses para las personas de 40 a 49 años y una por año para las personas de 50 años de edad o mayores.

⁴Algunos servicios requieren la certificación previa de Health Net. Sin certificación previa, el beneficio se reduce en un 50%.

⁵Los gastos cubiertos incurridos por una enfermedad mental o dependencia de sustancias químicas que no sean de gravedad no se acumulan para enterar en desembolso máximo.

⁶El máximo pagadero por un paciente internado debido a una enfermedad mental que no sea de gravedad es de \$300 diarios, el beneficio máximo es de 30 días. Si el plan lo cubre, el máximo pagadero por un paciente ambulatorio debido a una enfermedad mental que no sea de gravedad es de \$30 por consulta, con un máximo de 20 consultas al año.

⁷Los gastos máximos permitidos son de \$600 por día.

⁸El deducible por año calendario para medicamentos recetados de Marca (por afiliado), si corresponde, debe ser pagado para los servicios cubiertos por medicamentos recetados antes de que Health Net comience a pagar. El deducible farmacéutico por medicamento de marca es por afiliado y separado del deducible médico por año calendario. Los gastos cubiertos de medicamentos recetados son los más bajos de la tasa de farmacias contratadas por Health Net o de los gastos habituales para los medicamentos recetados cubiertos. Los cargos por medicamentos recetados no se aplican a su límite máximo de desembolso.

La Lista de medicamentos recomendados es una lista de medicamentos recetados que están cubiertos por este plan. La misma es preparada por Health Net y proporcionada a los médicos afiliados y a las farmacias participantes. Algunos medicamentos requieren aprobación previa de Health Net. Además, si su condición requiere el uso de un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos recomendados, su médico puede solicitar dicho medicamento a través del proceso de autorización previa. Las solicitudes urgentes de autorización previa se manejan dentro de las 72 horas. Si desea una copia de la Lista de medicamentos recomendados, llame al Centro de atención al cliente de Health Net, al número que aparece en su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio web a www.healthnet.com.

Área de servicio de Salud

SALUD HMO Y MÁS

El Área de servicio de Salud con Health Net comprende las regiones de California del sur y México (Baja California hasta cincuenta millas de la frontera de California y México).

Condado de Los Angeles:

Debe vivir en el condado de Los Angeles.

Excepción: Este plan Salud con Health Net HMO y más no está disponible en los siguientes códigos postales:

91253	91351	91381	92621	93532	93536
93550	93591	91321	91361	91384	93510
93534	93543	93552	93553	91350	91362
92277	93523	93535	93544	93563	

Condado de Orange:

Debe vivir en uno de los siguientes códigos postales donde este Plan Salud con Health Net HMO y más está disponible:

90620	90621	90622	90623	90624	90630
90631	90632	90633	90680	90720	90721
90740	90743	92602	92605	92606	92623
92626	92647	92649	92655	92683	92685
92701	92702	92703	92704	92705	92706
92707	92708	92711	92712	92725	92728
92735	92780	92781	92782	92799	92801
92802	92803	92804	92805	92806	92807
92808	92809	92811	92812	92814	92815
92816	92817	92821	92822	92823	92825
92831	92832	92833	92834	92835	92836
92837	92838	92840	92841	92842	92843
92844	92845	92846	92850	92856	92857
92859	92861	92862	92863	92864	92865
92866	92867	92868	92869	92870	92871
92885	92886	92887	92899		

Área de servicios de Health Net Salud HMO y más en México

Usted es elegible para inscribirse como dependiente de este Plan Salud con Health Net si vive o trabaja en un área aprobada en México que se extienda hasta 50 millas en Baja California a partir de la frontera de California y México.

SALUD PPO

El Área de servicio de Health Net Salud comprende las regiones de California del sur y México (Baja California hasta cincuenta millas de la frontera de California y México). Usted es elegible para inscribirse en Salud PPO si vive en los condados de Los Angeles, Orange o Ventura.

Área de servicio de Health Net Salud PPO en México

Usted es elegible para inscribirse como dependiente de este Plan Salud con Health Net si vive o trabaja en un área aprobada en México que se extienda hasta 50 millas en Baja California a partir de la frontera de California y México.

CÓMO SOLICITAR COBERTURA DE SALUD HMO Y MÁS O SALUD PPO

- Llame al 1-800-266-6606 ó comuníquese con un agente autorizado de Health Net.
1. Al momento de llenar su solicitud: Sólo para la Cobertura de Salud HMO y más: Usted y cada familiar que vive en California pueden elegir un Médico de atención primaria distinto. Health Net le exige que usted y los familiares inscritos que viven en California elijan un Médico de atención primaria cuyo consultorio se encuentre hasta 30 millas de distancia de su residencia u oficina (o de la residencia u oficina de los respectivos familiares). Si no elige un médico al completar su solicitud de afiliación, le asignaremos uno basándonos en su código postal residencial. Los afiliados que viven en México sólo deben escribir SIMNSA como el número de identificación del grupo médico. No es necesario seleccionar un Médico de atención primaria de SIMNSA, puesto que puede visitar un proveedor de SIMNSA participante sin un referido. Encontrar un Médico de atención primaria es fácil con el buscador de médicos de Health Net. Para obtener la lista más actualizada, ingrese a www.healthnet.com y haga clic en Search Our Doctor Network (Búsqueda en nuestra red de médicos). Ahí encontrará una lista completa de nuestros médicos de Salud HMO y puede buscar por especialidad, ciudad, condado o nombre del médico. También puede llamar al 1-800-266-6606 para solicitar información de

proveedores de la Red Salud, o al (011-52-664) 683-29-02, 683-30-05 ó 1-619-407-4082 para solicitar información de proveedores de SIMNSA o comunicarse con su agente autorizado de Health Net.

2. Firme y feche la solicitud. Todas las personas mayores de 18 años que se encuentren en la solicitud deben firmarla y fecharla. Usted, el solicitante, debe completar, de manera precisa, todas las secciones correspondientes de la solicitud. Su agente no puede completar la solicitud por usted. Asegúrese de responder todas las preguntas, ya que las solicitudes incompletas serán devueltas.
3. Incluya un cheque pagadero a Health Net por el pago de la prima correspondiente.
4. Envíe por correo la solicitud y el cheque (en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la firma) a su agente autorizado de Health Net o a:

Health Net
Individual & Family Coverage
P.O. Box 1150
Rancho Cordova, CA 95741-1150

5. Las solicitudes recibidas antes del día 25 del mes se procesarán para recibir cobertura a partir del día 1 del mes siguiente. También ofrecemos cobertura de PPO, que entra en vigencia el día 15 del mes. Para obtener detalles, consulte la solicitud.
6. Después de revisar su solicitud, Health Net se comunicará con usted para informarle la decisión. Después de la aprobación, recibirá una tarjeta de identificación e información adicional del plan. Si se rechaza su solicitud, se le reembolsará el pago de su prima y se le informará de otras opciones de seguro.

Cosas importantes a saber sobre todas las opciones de cobertura

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

Para ser elegible para Salud HMO y más o Salud PPO, usted debe: tener menos de 65 años, no ser elegible para Medicare, vivir constantemente en nuestra área de servicio de Salud (consulte la descripción del Área de servicio de Salud indicada anteriormente) y cumplir nuestros requisitos de solicitud y contratación de cobertura. Además, son elegibles su cónyuge o pareja, si es menor de 65 años, y todos sus hijos dependientes solteros menores de 19 años (sujeto a los requisitos de contratación). Los hijos dependientes solteros inscritos en una escuela acreditada como estudiantes a tiempo completo y menores de 24 años también son elegibles, si se proporciona una prueba de dicha condición.

Pareja se define como dos adultos que han elegido compartir sus vidas en una relación íntima y comprometida de cuidado mutuo. Una pareja es una persona elegible para cobertura siempre que dicha relación con el afiliado reúna todos los requisitos de

pareja en conformidad con las leyes de California. La pareja y el afiliado deben:

- vivir en el mismo lugar;
- no estar casados con otra persona ni ser parte de otra pareja que no se haya finalizado, disuelto o anulado judicialmente;
- no ser parientes de ninguna manera que la ley de California impidiera que se casaran;
- ser mayores de 18 años;
- ser del mismo sexo o parejas del sexo opuesto si una o ambas personas tiene más de 62 años y es elegible para los beneficios del Seguro Social;
- dar su consentimiento para vivir en pareja;
- presentar una Declaración de pareja conjunta ante el Secretario del estado o ser personas del mismo sexo que tengan una unión legal válidamente formada

distinta al matrimonio en una jurisdicción fuera de California que sea igualmente equivalente a la Declaración de pareja conjunta según lo definido por las leyes de California.

¿SOY ELEGIBLE PARA UNA COBERTURA DE EMISIÓN GARANTIZADA, SIN LA NECESIDAD DE CONTRATACIÓN DE SEGURO MÉDICO?

La Ley federal sobre responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) le ayuda a las personas cubiertas por los planes colectivos de salud existentes a mantener la cobertura independientemente de los padecimientos preexistentes cuando cambian de trabajo o están desempleados durante un período breve. Las leyes de California brindan protecciones similares y adicionales. Los solicitantes que cumplan los siguientes requisitos son elegibles para inscribirse en un plan de salud individual de emisión garantizada de cualquier plan de salud que ofrezca cobertura individual, incluidos los planes de seguro garantizado de Organización de mantenimiento de la salud de Health Net y PPO (HMO), sin la contratación de seguro médico. Un plan de salud no puede rechazar su solicitud para una cobertura de salud individual de emisión garantizada si usted cumple con los siguientes requisitos, acuerda pagar las primas requeridas y vive o trabaja dentro del área de servicio del plan.

Para calificar para el plan HIPAA, usted debe:

- haber completado un total de 18 meses de cobertura sin una interrupción significativa (excluido cualquier período de espera impuesto por el empleador) de un plan de salud colectivo;
- la cobertura más reciente debe haber sido de parte de un plan de salud colectivo (las coberturas COBRA y Cal-COBRA se consideran coberturas colectivas);
- el solicitante no puede ser elegible para cobertura en ningún plan de salud colectivo, Medicare ni Medicaid y no debe tener ninguna otra cobertura de seguro de salud;
- la cobertura más reciente de la persona no debe haber terminado por fraude o por falta de pago de las primas;

- si la cobertura de COBRA o Cal-COBRA estuviera disponible, se debe haber elegido alguna y la misma se debe haber agotado.

Si desea saber si califica, comuníquese con nosotros de manera de poder determinar su elegibilidad y entregarle información sobre los planes de HIPAA disponibles. Si cree que se han infringido sus derechos en conformidad con HIPAA, comuníquese con el Departamento de atención de la salud administrada al **1-888-HMO-2219** ó visite el sitio Web del Departamento, en www.hmohelp.ca.gov.

¿CÓMO FUNCIONA LA FACTURACIÓN MENSUAL?

Su prima debe ser recibida por Health Net el primer día del mes de cobertura. Si hubiera aumentos en la prima después de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción, se le notificará con, por lo menos, 30 días de anticipación. Si usted elige la opción Pago simple de Health Net, se le eximirá de cualquier honorario administrativo por facturación. De lo contrario, se le cobrará un honorario administrativo de \$5 mensuales para cubrir los gastos de emisión de la factura mensual. Si existieran cambios en el Contrato del plan Salud con Health Net HMO y más, y en la EOC o en la Póliza de Salud PPO, incluidos los cambios en los beneficios, se le informará como mínimo con 30 días de anticipación.

¿LOS BENEFICIOS PUEDEN SER DADOS DE BAJA?

Usted puede cancelar su cobertura en cualquier momento, enviando un aviso por escrito a Health Net. En dicho caso, la terminación se hará efectiva el primer día del mes siguiente al mes en que recibimos su aviso por escrito para la cancelación. Health Net tiene derecho a terminar su cobertura por cualquiera de los siguientes motivos:

- Usted no paga su prima puntualmente.
- Usted y / o algún familiar deja de ser elegible.
- A sabiendas envía a Health Net información materialmente incorrecta o incompleta, en la que Health Net cree razonablemente al emitir o renovar una cobertura de plan individual y familiar.

- Usted y / o un familiar repetida o materialmente interrumpe las operaciones del grupo médico, de SIMNSA o de Health Net al punto de que su comportamiento impide de manera considerable la capacidad de Health Net para prestar o disponer servicios para usted o para otro afiliado de Health Net, o la capacidad del consultorio del médico o del grupo médico contratado para prestar servicios a otros pacientes.
- Usted y / o un familiar amenazan la seguridad del proveedor de atención de la salud, del personal del consultorio, del personal del Grupo médico contratado, SIMNSA o de Health Net, si dicho comportamiento no surge de una enfermedad o condición diagnosticada.

Health Net puede terminar su cobertura, junto con todas las pólizas similares, enviándole un aviso por escrito con 90 días de anticipación. Si su cobertura es terminada porque Health Net deja de ofrecer todas las pólizas similares, usted puede tener derecho a una Cobertura de conversión. En el caso de que ocurriera dicha terminación, se le proporcionará información sobre la Cobertura de conversión junto con el aviso de terminación por escrito. Los afiliados son responsables por el pago de cualquier servicio recibido luego de la terminación de la cobertura, de acuerdo con las tarifas imperantes para los que no son Afiliados. Esto también se aplica a los Afiliados que son hospitalizados o que están en tratamiento por una condición que continúa a la fecha de terminación de la cobertura.

Si usted mismo termina su cobertura o cualquiera de los afiliados de su familia lo hace, puede solicitar la reinscripción, pero Health Net puede rechazar dicha inscripción a su discreción.

¿EXISTE ALGUNA DISPOSICIÓN RELACIONADA CON LA RENOVACIÓN?

Sujeta a las disposiciones de terminación antes explicadas, la cobertura permanecerá en vigencia durante cada mes en que Health Net reciba y acepte los honorarios prepagos. Si existe algún cambio en los honorarios, beneficios o disposiciones contractuales, se le notificará con 30 días anticipación.

¿COORDINA HEALTH NET LOS BENEFICIOS?

En el estado de California no existe ninguna disposición de Coordinación de beneficios para los planes individuales.

¿QUÉ ES LA REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN?

Health Net hace que la atención médica cubierta por nuestros planes de seguro Salud HMO y más o Salud PPO esté sujeta a las políticas y procedimientos que conducen al uso eficiente y prudente de recursos y, en última instancia, a la mejora continua de la calidad de la atención. Health Net basa la aprobación o la denegación de servicios en los siguientes procedimientos principales:

- Evaluación de servicios médicos para evaluar la necesidad médica y el nivel adecuado de atención.
- Implementación de manejo de casos para condiciones a largo plazo o crónica.
- Revisión y autorización de admisiones y referidos de pacientes internados a proveedores no contratados.
- Revisión del alcance de los beneficios para determinar la cobertura.

Si desea obtener información adicional sobre el Sistema de revisión de utilización de Health Net, llame al Departamento de servicios al afiliado al 1-800-839-2172. Los afiliados en México, deben llamar a SIMNSA al (011-52-664) 683-29-02, (011-52-664) 683-30-05 ó 619-407-4082 para obtener información adicional.

¿HEALTH NET CUBRE EL COSTO DE LA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS CLÍNICOS?

Los costos de la atención de rutina para los pacientes diagnosticados con cáncer, quienes han sido aceptados en estudios clínicos de fase I, II, III o IV, están cubiertos cuando son Médicamente necesarios, el Médico que trata al afiliado los recomienda y Health Net los autoriza. El Médico debe determinar

que la participación tiene un posible beneficio para el Afiliado y que el estudio tiene una intención terapéutica. Si desea obtener más información, consulte el Contrato del plan de Salud HMO y más, y la Evidencia de cobertura o la Póliza de Salud PPO. Los estudios clínicos no están disponibles en México.

¿QUÉ SUCEDE SI TENGO ALGÚN DESACUERDO CON HEALTH NET?

Los afiliados que no están satisfechos con la calidad de la atención recibida o que creen que se les negó un servicio o un reclamo por error, pueden presentar una queja formal o una apelación. Además, los Afiliados del plan pueden solicitar al Departamento de atención de la salud administrada, una revisión médica independiente de servicios de atención de la salud cuestionados, si creen que los servicios de atención de la salud elegibles para cobertura y pago de acuerdo con su plan de Health Net, han sido indebidamente denegados, modificados o retrasados por Health Net o por uno de sus proveedores contratados.

Además, si Health Net le rechaza la apelación de un Afiliado a una denegación por falta de necesidad médica, o deniega o retrasa la cobertura de un tratamiento solicitado que involucra medicamentos, dispositivos, procedimientos o terapias experimentales o en investigación, los Afiliados pueden solicitar una revisión médica independiente de la decisión de Health Net al Departamento de atención de la salud administrada, si cumplen con los criterios de elegibilidad explicados en el Contrato del plan y en la Evidencia de cobertura.

Los afiliados que no estén satisfechos con los resultados del proceso de apelación pueden someter el problema a arbitraje obligatorio. Health Net utiliza el arbitraje obligatorio para resolver disputas, incluyendo malpráctica médica. Como condición de afiliación, los Afiliados renuncian a su derecho a un jurado o a un juicio ante un juez para la resolución de dichas disputas.

Los afiliados que obtengan atención a través de SIMNSA en México tienen ciertos derechos de queja, pero no tienen acceso a los mismos derechos y recursos legales con respecto al proceso de quejas que aquellos

afiliados que obtengan atención a través de la Red Salud en California. Para obtener más detalles, consulte el Contrato del Plan de Salud HMO y más, y la EOC o póliza de Salud PPO.

HEALTH NET

El Departamento de Manejo del Cuidado de la Salud California (DMHC por sus siglas en inglés) tiene bajo su responsabilidad la regulación de los planes de servicios de atención de la salud. Si tiene alguna queja formal en contra de Health Net, primero debe llamar a Health Net al **1-800-839-2172** y utilizar el proceso de presentación de quejas formales, antes de comunicarse con el Departamento. La utilización de este procedimiento de presentación de quejas no prohíbe que se ponga a su disposición cualquier derecho o recurso legal posible. Si necesita ayuda con una queja formal que tenga que ver con una Emergencia, una queja formal que Health Net no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al Departamento para obtener ayuda. También es posible que usted reúna las condiciones para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si reúne las condiciones para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relativas a la Necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación, y de los litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El Departamento también tiene un número telefónico gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una **línea con teléfono de texto (1-877-688-9891) para las personas con impedimentos auditivos y del habla. El sitio Web del Departamento, (<http://www.hmohelp.ca.gov>)**, tiene formularios para presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

HEALTH NET LIFE: AVISO IMPORTANTE PARA LOS TITULARES DE LA PÓLIZA DE CALIFORNIA

En el caso de que un afiliado necesite comunicarse con alguien sobre su cobertura de seguro, por cualquier motivo, por favor comunicarse con:

**Health Net Life Insurance Company
Individual & Family Plans
Post Office Box 1150
Rancho Cordova, California 95741-1150
1-800-266-6606**

Si el afiliado no ha podido resolver un problema con respecto a su cobertura de seguro, después de tratar el tema con Health Net Life Insurance Company, con su agente u otro representante, puede comunicarse con:

**California Department of Insurance
Consumer Services Division
300 South Spring Street
South Tower
Los Angeles, CA 90013**

1-800-927-HELP

Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una Emergencia, una queja formal que Health Net no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al Departamento de seguros.

También es posible que usted reúna las condiciones para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible para dicha revisión, el proceso proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, de las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza Experimentales o de Investigación, y de los litigios por pagos de servicios médicos de emergencia o que se necesiten con urgencia.

¿QUÉ SUCEDE SI NECESITO UNA SEGUNDA OPINIÓN?

Los Afiliados de Health Net tienen derecho a solicitar una segunda opinión cuando:

- el Médico de atención primaria o un Médico de referido del afiliado proporciona un diagnóstico o recomienda un plan de tratamiento con el que el afiliado no está satisfecho;
- el Afiliado no está satisfecho con el resultado del tratamiento recibido;
- Se les diagnostica, o se les recomienda un plan de tratamiento para, una condición que amenaza con la pérdida de su vida, una extremidad, una función corporal o con provocar impedimentos sustanciales, incluyendo, pero no limitándose a, una condición crónica seria, o
- el Médico de atención primaria del Afiliado o un Médico de referido no pueda diagnosticar la condición del afiliado o los resultados de los exámenes sean contradictorios.

Para obtener una copia de la política de segunda opinión de Health Net, comuníquese con el Departamento de servicios al afiliado de Health Net al 1-800-839-2172. Los afiliados en México deben llamar a SIMNSA al (011-52-664) 683-29-02 ó al (011-52-664) 683-30-05 para obtener información adicional.

¿CUÁLES SON LAS PROPORCIONES DE LA PRIMA DE HEALTH NET?

La proporción de los costos de la prima de 2004 de Health Net para los servicios de salud pagados para los planes HMO individuales y familiares fue del 75%. La proporción del 2004 de Health Net Life para los planes de seguro PPO individuales y familiares fue del 67%.

¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE LAS PARTES INVOLUCRADAS?

Los grupos médicos, los médicos contratados, SIMNSA, los hospitales y otros proveedores de atención de la salud no son agentes ni empleados

de Health Net ni de Health Net Life. Health Net o Health Net Life y cada uno de sus empleados no son agentes ni empleados de ningún grupo médico de la Red Salud, SIMNSA, médico contratado, hospital ni de ningún otro proveedor de atención de la salud. Todas las partes son contratistas independientes y se contratan entre sí para brindarle los servicios o suministros cubiertos de su opción de cobertura. Los afiliados no son responsables por ningún acto u omisión de Health Net o de Health Net Life, sus agentes o empleados, de la Red Salud o proveedor SIMNSA, o de grupos médicos, cualquier médico u hospital, o cualquier persona y organización con la cual Health Net o Health Net Life haya dispuesto o dispondrá para prestarle los servicios y suministros cubiertos de su plan.

¿Y QUÉ SUCEDE CON LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN LUEGO DE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE UN PROVEEDOR?

Si el contrato de Health Net con un grupo médico o con otro proveedor se termina, Health Net transferirá a cualquier Afiliado afectado a otro grupo médico o proveedor contratado y hará todos los esfuerzos posibles para asegurar la continuidad de la atención. Por lo menos 60 días antes del término de un contrato con un Grupo médico o con un hospital para el tratamiento de enfermedades agudas al que los afiliados fueron asignados para recibir servicios, Health Net enviará un aviso por escrito a los afiliados afectados. Para el resto de los hospitales que den término a su contrato con Health Net, se enviará un aviso por escrito a los afiliados afectados en un plazo de cinco días a partir de la fecha de entrada en vigor del término del contrato.

Además, un Afiliado puede solicitar atención continua de un proveedor cuyo contrato haya terminado si, al momento de la terminación, el Afiliado estaba recibiendo atención de dicho proveedor para:

- Una condición aguda
- Una condición crónica grave que no exceda los doce meses a partir de la fecha de término del contrato

- Embarazo (incluyendo la atención durante el embarazo y la atención inmediata posparto)
- Un recién nacido de hasta 36 meses que no exceda los doce meses a partir de la fecha de término del contrato
- Una enfermedad terminal (durante la duración de la misma)
- Una cirugía u otro procedimiento que haya sido autorizado por Health Net como parte de un curso documentado de tratamiento

Health Net puede proporcionar cobertura hasta la finalización de los servicios de un proveedor cuyo contrato haya terminado, sujeta a los Co-pagos aplicables y a cualquier otra exclusión o limitación de este Plan y si dicho proveedor está dispuesto a aceptar los mismos términos contractuales que se aplicaban a dicho proveedor antes de la terminación de su contrato. Usted debe solicitar la atención continua en un plazo de 30 días después de recibir el aviso de la fecha de término del proveedor, a menos que pueda demostrar que no fue razonablemente posible realizar dicha solicitud dentro de dicho plazo y que usted realiza dicha solicitud tan pronto como le sea razonablemente posible.

Si desea obtener más información sobre cómo solicitar la atención continua o si desea solicitar una copia de la política de atención continua de Health Net, comuníquese con el Departamento de servicios al afiliado al 1-800-839-2172. Los afiliados en México deben llamar a SIMNSA al (011-53-664) 683-29-02, (011-52-664) 683-30-05 ó 619-407-4082 para obtener información adicional.

¿QUÉ SON LAS ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y LOS TRASTORNOS EMOCIONALES GRAVES DEL NIÑO?

Enfermedad mental grave: incluye esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno perverso del desarrollo (incluyendo Trastorno autístico, Trastorno de Rett, Trastorno desintegrativo de la infancia, Trastorno de



Asperger y Trastorno perverso del desarrollo que no incluyan específicamente Autismo atípico, de acuerdo con la edición más reciente del Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales), autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Un Trastorno emocional grave del niño es cuando un niño menor de 18 años de edad padece de uno o más trastornos mentales identificados en la edición más reciente del Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales, que no sea principalmente un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno del desarrollo, que resulte en un comportamiento inapropiado para la edad del niño de acuerdo con las normas de desarrollo esperadas. El niño también debe cumplir con uno o más de las siguientes condiciones: (a) como resultado del trastorno mental, el niño tiene un problema importante en, por lo menos, dos de las siguientes áreas: cuidado personal, funcionamiento escolar, relaciones familiares o capacidad de funcionar dentro de la comunidad, además que (i) el niño se encuentra en riesgo de ser retirado del hogar o ya ha sido retirado, o (ii) el trastorno mental y las discapacidades han estado presentes durante más de seis meses o es probable que continúen durante más de un año; (b) el niño demuestra alguna de las siguientes condiciones: rasgos psicóticos, riesgo de

suicidio o riesgo de violencia debido a un trastorno mental y / o (c) el niño cumple con los requisitos de elegibilidad para la educación especial, descritos en el Capítulo 26.5 (comenzando en la Sección 7570) de la Sección 7 del Título 1 del Código de gobierno.

¿LOS PROVEEDORES LIMITAN LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN REPRODUCTIVA?

Algunos hospitales y otros proveedores no prestan uno o más de los siguientes servicios que usted o un familiar podría necesitar, los cuales pueden estar cubiertos por su Contrato del plan y Evidencia de cobertura o por la Póliza: planificación familiar; servicios anticonceptivos, incluyendo la contracepción de emergencia; esterilización, incluyendo la ligadura de trompas de Falopio en el momento del parto y el alumbramiento, tratamientos por infertilidad o aborto. Antes de inscribirse debe obtener más información. Llame a su futuro médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica, o llame al Departamento de servicios al afiliado de Health Net al 1-800-839-2172 o a SIMNSA al (011-52-664) 683-29-02, al 683-30-05 ó al 1-619-407-4082 para asegurarse de que puede obtener los servicios de atención médica que necesita.

Elementos adicionales sólo para la cobertura de HMO

¿CUÁL ES EL MÉTODO DE REEMBOLSO DEL PROVEEDOR?

Health Net utiliza incentivos financieros y distintos arreglos para compartir riesgos cuando le paga a los proveedores. Los afiliados pueden solicitar más información sobre nuestros métodos de pago comunicándose con el Departamento de servicios al afiliado al teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación de Health Net, con su grupo médico, con Sistemas Médicos Nacionales S.A. de C.V. (SIMNSA) o con el Médico de atención primaria.

¿CUÁNDO Y CÓMO PAGA HEALTH NET MIS FACTURAS MÉDICAS?

Nosotros coordinaremos el pago de los servicios cubiertos cuando usted reciba atención de su Médico de atención primaria o cuando sea remitido por su Médico de atención primaria a un especialista. Tenemos contratos con dichos médicos para eliminar la necesidad de formularios de reclamo. Simplemente presente su tarjeta de identificación como Afiliado.

¿ES NECESARIO QUE CONSULTE A MI MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA SI TENGO UNA EMERGENCIA?

Health Net cubre casos de emergencia o atención que se necesite con urgencia en todo el mundo.

Si su situación es de riesgo vital, llame inmediatamente al 911 si se encuentra en un área donde esté establecido y funcionado dicho sistema (el sistema de respuesta de emergencias 911 no está disponible en México). Si su situación no es tan grave, llame primero a su Médico de atención primaria, grupo médico (medicina) o administrador (enfermedades mentales graves o desintoxicación). Si no puede llamar y necesita atención médica inmediata, diríjase al centro médico o al hospital más cercano.

Una emergencia es cualquier servicio cubierto que una persona razonable con un conocimiento promedio de salud y medicina creería que requiere tratamiento inmediato (incluida la enfermedad mental grave y trastorno emocional grave del niño) y que sin un tratamiento inmediato, podría ocurrir cualquiera de lo siguiente: (a) su salud estaría en grave riesgo (y en el caso de una mujer embarazada, pondría la salud de su hijo nonato en grave riesgo); (b) sus funciones corporales, órganos o partes del cuerpo podrían dañarse gravemente o; (c) sus órganos o partes del cuerpo sufrirían una disfunción grave.

La Atención de emergencia también incluye el tratamiento de dolor agudo o de trabajo de parto activo. Parto activo significa el parto en un momento en el que podría ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones: (a) no hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro Hospital antes del parto o (b) un traslado representa una amenaza para la salud de la afiliada o de el niño(a) no nacido. El cuidado de emergencia también incluye investigación, examen o evaluación adicional por un médico (u otro profesional de la salud actuando bajo las responsabilidades especificadas en su licencia) para determinar si una emergencia médica psiquiátrica existe y si el cuidado y tratamiento es necesario para aliviar o eliminar dicha condición, teniendo en cuenta la capacidad de la facilidad médica.

Los servicios de ambulancia y de transporte de ambulancia proporcionados como resultado de una

llamada al 911 estarán cubiertos, si la solicitud se realiza por una condición médica de emergencia (incluida una enfermedad mental grave y trastorno emocional grave del niño).

El grupo médico de la Red Salud o SIMNSA (medicina) o el administrador (enfermedad y dependencia de sustancias químicas) debe proporcionar o autorizar la atención de control (incluidas las enfermedades mentales graves y trastornos emocionales graves del niño) después de que haya pasado una emergencia o una urgencia y que su condición sea estable, de lo contrario Health Net no la cubrirá.

Tenga presente que todos los afiliados que viven en México tendrán cobertura en California sólo en casos de emergencia y de atención que se necesite con urgencia.

¿SOY RESPONSABLE POR EL PAGO DE CIERTOS SERVICIOS?

Somos responsables del pago de servicios cubiertos a los proveedores participantes. Con la excepción de los co-pagos y deducibles, los proveedores participantes no pueden facturarle por gastos que excedan nuestro pago. Usted es financieramente responsable por: (a) los servicios que se encuentran fuera de las limitaciones de beneficios estipuladas en el Contrato del plan y en la EOC y; (b) los servicios no cubiertos por los planes Salud HMO y más. Los planes Salud HMO y más no cubren: honorarios prepagos, co-pagos, deducibles, servicios y suministros no cubiertos por los planes Salud HMO y más ni atención que no sea de emergencia proporcionada por un proveedor no participante.

SEGÚN LOS PLANES HMO, ¿SE ME PUEDE REEMBOLSAR POR RECLAMOS FUERA DE LA RED?

Algunos proveedores no participantes le pedirán que pague una factura en el momento del servicio. Si usted tiene que pagar una factura por servicios cubiertos, envíenos una copia de la factura, evidencia de su pago y el informe de la sala de emergencias para el reintegro, dentro del lapso de un año a partir de la fecha en que se prestó el servicio. La cobertura por servicios prestados por proveedores no participantes se limita a la atención de emergencia, cuando no se encuentre disponible ningún proveedor participante.

¿CÓMO MANEJA HEALTH NET LA CONFIDENCIALIDAD Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL AFILIADO?

Health Net sabe que la información personal de sus registros médicos es privada. Por consiguiente, protegemos su información personal sobre la salud en todos los entornos. Como parte del formulario de solicitud o de inscripción, los afiliados de Health Net firman un consentimiento de rutina para obtener o divulgar su información médica. Este consentimiento es utilizado por Health Net para asegurar la notificación a y el consentimiento de los afiliados para necesidades de rutina, presentes o futuras, para la utilización de información personal sobre la salud.

Dicho consentimiento incluye la obtención o la divulgación de todos los registros concernientes a la historia clínica, los servicios prestados o los tratamientos brindados a todos los afiliados y sus dependientes inscritos de acuerdo con el plan, a los efectos de revisión, investigación o evaluación de una solicitud, un reclamo, apelaciones (incluyendo la divulgación a una organización de revisión independiente) o de una queja formal, o a los efectos de salud preventiva o de manejo de la salud.

No divulgaremos sus registros médicos ni otra información confidencial a ninguna persona, como por ejemplo empleados o agentes de seguro, que no estén autorizados a tener dicha información. Sólo divulgaremos información si usted nos da un consentimiento especial por escrito. La única ocasión en que divulgaríamos dicha información sin su consentimiento especial es cuando tuviéramos que cumplir con la ley, con una orden judicial o con una citación. Generalmente, a Health Net se le exige cumplir con medidas adicionales y requisitos de información de datos. En esos casos, protegemos su privacidad al no divulgar ninguna información que identifique a nuestros afiliados.

Prácticas de privacidad

Si desea obtener una descripción de cómo se puede usar y divulgar su información protegida sobre la salud y de cómo puede tener acceso a dicha información, consulte el Aviso de prácticas de privacidad en su Contrato del plan y en la EOC.

¿CÓMO MANEJA HEALTH NET LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS?

Las nuevas tecnologías son aquellos procedimientos, medicamentos o dispositivos que han sido recientemente desarrollados para el tratamiento de enfermedades o condiciones específicas o son nuevas aplicaciones de procedimientos, medicamentos o dispositivos existentes. Las nuevas tecnologías son consideradas en investigación o experimentales durante varias etapas de estudio clínico mientras se evalúa su seguridad y eficacia y la tecnología logra aceptación en el estándar médico de atención. Las tecnologías pueden seguir siendo consideradas en investigación o experimentales si el estudio clínico no ha demostrado seguridad o efectividad o si no son consideradas como atención estándar por la especialidad médica correspondiente. Las tecnologías aprobadas son integradas a los Beneficios de Health Net.

Health Net determina si las nuevas tecnologías deben ser consideradas médicamente apropiadas, en investigación o experimentales, luego de una extensa revisión de investigación médica realizada por médicos adecuadamente especializados. Health Net solicita la revisión de las nuevas tecnologías a un revisor médico experto e independiente para determinar el estado de adecuación, investigación o experimentación de una tecnología o procedimiento.

El revisor médico experto también asesora a Health Net cuando los pacientes solicitan una determinación rápida sobre la cobertura, cuando no existe un principio rector para ciertas tecnologías o cuando la complejidad de la condición médica de un paciente requiere la evaluación de un experto.

¿CUÁLES SON LOS PROCESOS DE MANEJO DE LA UTILIZACIÓN DE HEALTH NET?

El Manejo de la utilización es una parte importante del manejo de la atención de la salud. A través de los procesos de autorización previa, revisión concurrente y retrospectiva y manejo de la atención, evaluaremos los servicios proporcionados a nuestros afiliados para asegurarnos de que dichos servicios sean médicamente necesarios y apropiados para el lugar y el momento. Esta supervisión ayuda a mantener los niveles de

manejo médico de alta calidad de Health Net.

Autorización previa

Algunos servicios propuestos pueden requerir una evaluación antes de ser aprobados. Para evaluar que el procedimiento sea médicamente necesario y planeado para el entorno apropiado (es decir, para pacientes internados, cirugía ambulatoria, etc), se utilizan criterios basados en la evidencia.

Revisión simultánea

Este proceso continúa para autorizar condiciones de pacientes internados y ciertas condiciones de pacientes ambulatorios en forma concurrente mientras se sigue el progreso del afiliado, como por ejemplo durante la hospitalización de un paciente internado o mientras se reciben servicios de salud en el hogar, para pacientes ambulatorios.

Planificación de las altas

Este elemento del proceso de revisión concurrente asegura que se planifique para realizar un alta médica segura del paciente conjuntamente con las órdenes de alta del médico y para autorizar los servicios posteriores a la internación, cuando sean necesarios.

Revisión retrospectiva

Este proceso de manejo médico evalúa la conveniencia de los servicios médicos en un análisis caso por caso, luego de que se hayan proporcionado dichos servicios. Se realiza generalmente en casos en los que se solicitó autorización previa pero no se obtuvo.

Administración de la atención o del caso

Los Administradores de atención de enfermería brindan asistencia, educación y guía a los afiliados (y a sus familias) en problemas importantes de salud crónicos y / o agudos a largo plazo. Los administradores de atención trabajan conjuntamente con los afiliados y con sus médicos y recursos comunitarios.

Elementos adicionales sólo para la cobertura de PPO.

¿EXISTE ALGÚN PADECIMIENTO PREEXISTENTE?

Hasta que la póliza haya estado en vigor durante seis meses consecutivos, los servicios cubiertos no incluirán ninguna atención relacionada con el tratamiento de cualquier condición, enfermedad o lesión para la cual un profesional de atención de la salud titulado haya entregado consejo médico, diagnóstico, atención o tratamiento, incluido el uso de medicamentos recetados, durante los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigor de la cobertura bajo la póliza. Se otorgará crédito para el período de espera del padecimiento preexistente para la afiliación en otro plan de cuidado de la salud acreditado si solicita cobertura en el plan de seguro Salud PPO de Health Net en un plazo de 62 días a partir del término del plan anterior.

¿CUÁNDO PRESENTO RECLAMOS?

Algunos proveedores le pedirán que pague una factura en el momento del servicio. Si usted tiene que pagar una factura por servicios cubiertos, envíe una copia de la factura y evidencia de su pago a Health Net para el reembolso, dentro del lapso de 60 días a partir de la fecha en que se prestó el servicio. Para obtener detalles, consulte la Póliza.

¿QUÉ SON LOS GASTOS HABITUALES Y RAZONABLES?

Los Gastos habituales y razonables, según lo determinado por Health Net Life, son los gastos que caen dentro de la gama común de honorarios facturados por la mayoría de los médicos por un procedimiento en una región geográfica específica o que están justificados basándose en la complejidad o en la gravedad del tratamiento para un caso específico.

Exclusiones y limitaciones

Exclusiones y limitaciones comunes a todas las opciones de Cobertura individual y familiar de Salud HMO y más y Salud PPO

No se hará ningún pago bajo los planes Salud HMO y más o Salud PPO por gastos incurridos o que constituyen atención de control para cualquiera de los elementos que se indican a continuación. Las siguientes son sólo listas selectivas. Para obtener una lista completa, consulte el Contrato del plan y Evidencia de cobertura (EOC) de Salud HMO y más para los planes HMO, y la Póliza de Salud PPO para las coberturas PPO.

- Servicios y suministros que Health Net o Health Net Life determinen que no son médicamente necesarios, salvo lo establecido en “¿Health Net cubre los costos de la participación en estudios clínicos?” y “¿Qué sucede si estoy en desacuerdo con Health Net?”, abordado anteriormente en esta guía.
- Atención de custodia. La Atención de custodia no constituye atención de rehabilitación y se brinda principalmente para ayudar al paciente a realizar las actividades de la vida diaria, como por ejemplo: ayuda para caminar, levantarse y acostarse, bañarse, vestirse, alimentarse y preparar dietas especiales y supervisión de medicamentos que generalmente se pueden autoadministrar, pero no la atención que requiere servicios de enfermería especializada en forma continua.
- Procedimientos que Health Net o Health Net Life determinen que son experimentales o de investigación, salvo lo establecido en “¿Health Net cubre los costos de la participación en estudios clínicos?” y “¿Qué sucede si estoy en desacuerdo con Health Net?”, abordado anteriormente en esta guía.
- No están cubiertos los servicios o suministros proporcionados antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura, y los servicios o suministros

proporcionados luego de que la cobertura a través de este plan haya finalizado.

- Reembolso por los servicios que el afiliado no está legalmente obligado a pagar al proveedor o por los que el proveedor no paga ningún gasto.
- Cualquier servicio o suministro que no esté descrito específicamente como gasto cubierto, a menos que las leyes federales o estatales exijan la cobertura.
- Los servicios o suministros que tengan como fin fecundar a una mujer no están cubiertos. Los procedimientos excluidos incluyen, entre otros, la recolección, almacenamiento o adquisición de espermatozoides u óvulos.
- Los anticonceptivos orales y los anticonceptivos de emergencia están cubiertos. Los anticonceptivos vaginales se limitan a diafragmas, capuchones cervicales y DIU, y sólo están cubiertos cuando el Médico del Afiliado realiza el examen de prueba y, en el caso de diafragmas y capuchones cervicales, receta el dispositivo. Los DIU sólo se encuentran disponibles a través del consultorio del Médico del Afiliado, están cubiertos como un beneficio médico y se limitan a una prueba y a un dispositivo por año, a menos que las pruebas o los dispositivos adicionales sean Médicamente necesarios. Los diafragmas y capuchones cervicales sólo se encuentran disponibles en una farmacia mediante la presentación de una receta y se limitan a una receta por año, a menos que las pruebas o los dispositivos adicionales sean Médicamente necesarios. Los anticonceptivos inyectables están cubiertos como un beneficio médico cuando son administrados por un médico.
- La cirugía cosmética que se lleva a cabo para alterar o volver dar forma a las estructuras normales del cuerpo y así mejorar la apariencia.¹
- Atención odontológica.

¹Cuando se haya realizado una mastectomía Médicamente necesaria, la cirugía de reconstrucción de senos y la cirugía realizada en cualquiera de los dos senos para restablecer o lograr la simetría (proporciones equilibradas) en el seno, están cubiertas. Además, cuando se lleva a cabo la cirugía para la reconstrucción o reparación de estructuras anormales del cuerpo, provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumas, infecciones, tumores o enfermedades, tal cirugía tiene que resultar en alguno de los siguientes: mejorar una función o crear una apariencia normal al máximo posible, a menos que la cirugía ofrezca una mejoría mínima en la apariencia del afiliado.

- El tratamiento y los servicios para trastornos de la articulación temporomandibular están cubiertos cuando se determina que son médicamente necesarios, excluyendo coronas, incrustaciones, puentes y aparatos.
- Este Plan sólo cubre servicios o suministros proporcionados por un Hospital que funcione legalmente, un Centro de enfermería especializada aprobado por Medicare (en California) u otra instalación debidamente autorizada, tal como se especifica en el Contrato del plan y en la EOC, o en la Póliza. Cualquier institución que sea principalmente un lugar para personas de la tercera edad, una casa de reposo o cualquier institución similar, independientemente de cómo se la denomine, no es una institución elegible. Los servicios o suministros que son proporcionados por dichas instituciones no están cubiertos.
- La cirugía o los servicios relacionados con el propósito de corregir una mala posición o un desarrollo inadecuado de los huesos de la mandíbula superior inferior, salvo cuando la cirugía sea médicamente necesaria.
- Audífonos.
- Tratamiento para trastornos mentales como condición de libertad bajo palabra o libertad vigilada, y evaluaciones solicitadas por un tribunal.
- Enfermería de práctica privada.
- Cualquier tipo de cirugía ocular con el fin de corregir defectos refractivos del ojo, a menos que sea médicamente necesaria, recomendada por el médico tratante del Afiliado y autorizada por Health Net.
- Lentes de contacto o correctivas (salvo las lentes implantadas que reemplazan a la lente orgánica del ojo), terapia para la vista y anteojos.
- Servicios para revertir una infertilidad inducida quirúrgicamente de manera voluntaria.
- Procedimientos o tratamiento para el cambio de sexo.
- Cualquier servicio o suministro no relacionado con el diagnóstico o el tratamiento de una condición, enfermedad o lesión cubierta. Sin embargo, el Plan sí cubre los servicios y suministros Médicamente necesarios para condiciones médicas directamente relacionadas con servicios no cubiertos cuando las complicaciones exceden la Atención de control de rutina (como por ejemplo, complicaciones de una cirugía cosmética de riesgo vital).
- Exámenes físicos para el seguro, para obtener una licencia o un empleo, para la escuela o para un campamento. Cualquier examen médico, de la vista o auditivo que no esté relacionado con el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, salvo lo específicamente estipulado en la Póliza de Health Net Life o en el Contrato del plan HMO y en la EOC de Health Net.
- Cualquier medicamento o sustancia para pacientes ambulatorios despachada o administrada en cualquier entorno, salvo lo específicamente estipulado en la Póliza de Health Net Life o en el Contrato del plan HMO y en la EOC de Health Net.
- Los servicios para condiciones de una madre sustituta están cubiertos. Sin embargo, cuando se obtenga una compensación por la madre sustituta, el plan tendrá un derecho de retención sobre dicha compensación para recuperar su gasto médico.
- A pesar de que este Plan cubre el Equipo médico duradero, no cubre los siguientes artículos: (a) equipo para hacer ejercicio; (b) equipo higiénico, jacuzzi y spa; (c) vendajes quirúrgicos que no sean los vendajes primarios que los aplica su Grupo médico o un Hospital en el caso de lesiones en la piel o incisiones quirúrgicas y; (d) medias, zapatos correctivos y plantillas.
- Artículos personales o para la comodidad.
- Suministros desechables para uso en el hogar.
- Parto en el hogar, a menos que se hayan cumplido los criterios para la atención de emergencia.
- Autotratamiento del médico.
- Médicos que traten a familiares directos.
- Los medicamentos (incluidos los medicamentos inyectables) para el tratamiento de disfunciones sexuales cuando son recetados para el tratamiento de éstas.

- Los abortos provocados no están cubiertos en México puesto que están prohibidos por ley.
- No están cubiertos los servicios para diagnosticar, evaluar o tratar la infertilidad.
- Tratamiento, evaluación o exámenes para la detección precoz de discapacidades del aprendizaje, salvo para aquellas condiciones en las que el nivel de gravedad cumple los requisitos de las enfermedades mentales graves o los trastornos emocionales graves del niño.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES ADICIONALES SÓLO PARA LOS PLANES SALUD HMO Y MÁS

- Servicios quiroprácticos.
- La Atención médica en el hogar no está cubierta para afiliados que obtengan la atención en México.
- La atención médica en el hogar en los Estados Unidos se limita a 100 consultas combinadas por año calendario, con un máximo de tres consultas por día y cuatro horas por consulta.
- La Atención de hospicio disponible en México es sólo en un entorno hospitalario para el tratamiento de enfermedades agudas.
- Servicios o suministros médicos que no estén autorizados por Health Net o por el grupo médico, de acuerdo con los procedimientos de Health Net.
- Tratamiento para el alcoholismo o la adicción a las drogas, salvo la desintoxicación.
- Servicios y suministros proporcionados por un médico no participante, sin autorización de Health Net o del Grupo médico.
- Procedimientos de diagnósticos o evaluaciones para detectar trastornos genéticos, salvo para el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto en casos de embarazo de alto riesgo.
- Medicamentos de venta libre, equipo médico o suministros que puedan comprarse sin una receta (excepto cuando sean indicados por un médico para el manejo y tratamiento de la diabetes). Si un medicamento, que anteriormente se encontraba disponible mediante receta, se vuelve disponible en

forma de venta libre o sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) con la misma indicación de concentración, entonces los medicamentos recetados que sean agentes similares y tengan efectos clínicos comparables serán cubiertos sólo cuando se obtenga una Autorización previa de Health Net. Sin embargo, si una dosis más alta de un medicamento que no requiere receta médica o de venta sin receta médica se encuentra disponible sólo con receta, se cubrirá ese medicamento de dosis más alta.

- Cuidados de rutina de los pies, salvo que sean médicamente necesarios para una condición de diabetes.
- Acupuntura.
- Servicios relacionados con fines educativos o profesionales.
- Tratamientos que usan células madres del cordón umbilical y células madres de adultos (no incluye su recolección, preservación y almacenamiento) cuando dichos tratamientos se consideran experimentales o de investigación. Para obtener información sobre la solicitud de una Revisión médica independiente de un rechazo de cobertura del plan bajo el supuesto que se considera experimental o de investigación consulte “¿Qué sucede si estoy en desacuerdo con Health Net?”, abordado anteriormente en esta guía.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES ADICIONALES PARA TODOS LOS PLANES SALUD PPO

- Condiciones provocadas porque el Afiliado cometió (o intentó cometer) un delito grave.
- Condiciones provocadas por la liberación de energía nuclear, cuando se encuentren disponibles fondos del gobierno.
- Cantidades cobrados por proveedores fuera de la red por servicios médicos y tratamientos cubiertos que Health Net Life determine que exceden los gastos cubiertos.
- Servicios de optometría, ejercicios de la vista, incluidos ortóptica, salvo cuando se estipule específicamente en alguna parte de la Póliza.

- Servicios o suministros recibidos por el tratamiento de un padecimiento preexistente durante los primeros seis meses consecutivos durante la cobertura del afiliado.
- Inmunizaciones o inoculaciones para adultos o niños, salvo según lo descrito en la Póliza.
- Cualquier servicio no relacionado con el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta.
- Los gastos de alojamiento y alimentación de pacientes internados incurridos en relación con una hospitalización o en otra instalación para el tratamiento de pacientes internados, principalmente para exámenes de diagnóstico que podrían haberse realizado de manera segura como pacientes ambulatorios.
- Gastos de alojamiento y alimentación de pacientes internados en relación con hospitalización principalmente por cambio ambiental, fisioterapia o tratamiento de dolor crónico.
- Gastos que excedan las tarifas de habitación privada más comunes del hospital (o de otro centro para pacientes internados).
- Tratamiento de alcoholismo crónico, adicción a las drogas y otros problemas de dependencia de sustancias químicas, salvo cuando se estipule específicamente en la Póliza.
- Cualquier gasto relacionado con los siguientes elementos, ya sea que estén autorizados por un médico o no: (a) modificación de la residencia del afiliado para adaptarla a la condición física o médica del afiliado, incluida la instalación de elevadores (ascensores); (b) aparatos correctivos, salvo las prótesis, férulas y yesos; (c) purificadores de aire, aires acondicionados y humidificadores; (d) servicios educativos o consejería nutricional, salvo según lo estipulado específicamente en la Póliza.
- Tratamiento o cirugía para la obesidad, reducción o control de peso, salvo cuando se presten para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, según lo determinado por Health Net Life.
- Todos los beneficios proporcionados por esta Póliza se reducirán por cualquier cantidades al que el afiliado tenga derecho en conformidad con el programa comúnmente denominado como Medicare, cuando la ley federal permita que éste pague antes que el plan de salud individual.
- Servicios realizados por una persona que vive en el hogar del afiliado o que está relacionada con el afiliado por parentesco o por matrimonio.
- Cualquier servicio proporcionado por un organismo gubernamental local, estatal o federal o por el que dicho organismo ha efectuado un pago. Esta limitación no se aplica a Medi-Cal, Medicaid o Medicare.
- Servicios de rehabilitación, adicionales al número de consultas indicadas en la Póliza y cuando se presten en una instalación para pacientes internados o ambulatorios. Además, la terapia del habla para paciente ambulatorio que no se proporciona en relación con una cirugía, lesión o enfermedad.
- Si el Afiliado recibe servicios u obtiene suministros en un país extranjero, los beneficios sólo serán pagaderos para la atención de emergencia.
- Los suplementos dietéticos y nutricionales, además de fórmulas especializadas no están cubiertos salvo cuando se recetan para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés).
- No se cubrirán las pruebas genéticas por motivos que no sean médicos o cuando una Persona cubierta no tenga indicación médica o antecedentes familiares de anomalías genéticas.
- La Atención de hospicio no está cubierta para afiliados que obtengan la atención en México.
- Los beneficios de un Centro de enfermería especializada no están cubiertos para afiliados que obtengan atención en México.
- Los servicios quiroprácticos no están cubiertos para afiliados que obtengan atención en México.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES ADICIONALES PARA LOS PLANES SALUD PPO 15 Y SALUD PPO 25

- Las consultas del médico en el hogar de la Persona cubierta no están cubiertas para afiliados que obtengan atención en México.

- Examen médico anual de rutina (para personas cubiertas mayores de 19 años) no está cubierto para afiliados que obtengan atención en México.
- Examen médico anual de rutina para Personas cubiertas mayores de 19 años que no esté relacionado con el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones no está cubierto para afiliados que obtengan atención en México.
- No están cubiertos los exámenes de la vista y auditivos de rutina anual para Personas cubiertas mayores de 19 años que no estén relacionados con el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o lesiones.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES ADICIONALES PARA EL PLAN SALUD PPO 15/25% (“MEXI-PLAN”)

- No están cubiertas las consultas del médico en el hogar de la Persona cubierta.
- No están cubiertos los exámenes médicos, de la vista y auditivos de rutina anual para Personas cubiertas mayores de 19 años que no estén relacionados con el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.
- Acupuntura.

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PRODUCTO HMO: SERVICIOS PARA SALUD MENTAL Y DE DETOXIFICACIÓN

Para residentes de California

Health Net tiene contrato con Managed Health Network (Red de salud dirigida), un plan de servicio de atención de la salud especializada que proporciona servicios de salud del comportamiento a través de un programa personalizado, confidencial y asequible de atención de salud mental y dependencia de sustancias químicas. Sólo llame al número gratuito indicado en su tarjeta de identificación de Health Net antes de recibir la atención.

Para residentes de México

SIMNSA contrata proveedores de atención de salud del comportamiento que ejerzan en el área de servicio de inscripción en México. Para obtener información sobre estos proveedores, consulte SIMNSA al **(011-52-664) 683-29-02 ó (011-52-664) 683-30-05 ó 619-407-4082.**

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PRODUCTO HMO: PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Health Net y SIMNSA tienen contrato con muchas de las principales farmacias de California y México. Para obtener una lista completa y actualizada de las farmacias participantes en California, visite nuestro sitio Web **www.healthnet.com** com o llame al Departamento de servicios al afiliado de Health Net al **1-800-839-2172**. Los afiliados que viven en México deben llamar a SIMNSA para obtener una lista completa de las farmacias participantes al **(011-52-664) 683-29-02 ó (011-52-664) 683-30-05 ó 619-407-4082.**

Para obtener un medicamento recetado en México, la orden para dicho medicamento debe ser de un proveedor de México; mientras que para obtener un medicamento recetado en California, la orden para dicho medicamento debe ser de un proveedor de California.

Exclusiones y limitaciones específicas se aplican al Programa de medicamentos recetados. Para obtener más detalles, consulte el Contrato y la Evidencia de cobertura del plan Salud HMO y más. Recuerde que pueden aplicarse límites a la cantidad, dosificación y duración del tratamiento para algunos medicamentos.

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE SIMNSA (DISPONIBLE SÓLO EN MÉXICO)

Los medicamentos recetados tienen cobertura cuando son despachados por una farmacia participante de SIMNSA y recetados por un médico de SIMNSA o un médico de atención de emergencia o que se necesite con urgencia. Para obtener medicamentos recetados en México, la orden para dicho medicamento debe ser de un proveedor de México.

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE HEALTH NET (DISPONIBLE SÓLO EN LOS ESTADOS UNIDOS)

Recetas a través del programa de medicamentos por correo

Si su receta es para un medicamento de mantenimiento (un medicamento que estará tomando durante un

período prolongado), usted cuenta con la opción de obtener la receta a través de nuestro conveniente Programa de compra por correo. Este programa le permite recibir medicamentos de mantenimiento en un suministro de hasta 90 días calendario sucesivos. Para información completa, llame a los Servicios al afiliado de Health Net al **1-800-839-2172**.

Nota: Los medicamentos narcóticos del Programa II no están cubiertos para la compra por correo. Para obtener más información, consulte la parte sobre Medicamentos recetados de “Exclusiones y limitaciones” en la Sección 800.

Los medicamentos despachados a través del programa de compra por correo no tienen cobertura para los afiliados que viven en México.

La Lista de medicamentos recomendados de Health Net:

Medicamentos del nivel I (principalmente genéricos) y Medicamentos de nivel II (principalmente de marca)

La Lista de medicamentos recomendados de Health Net (o la Lista) es la lista aprobada de medicamentos cubiertos para enfermedades y condiciones. Fue desarrollada para identificar los medicamentos más seguros y efectivos para los Afiliados de Health Net y, al mismo tiempo, para tratar de mantener los beneficios de farmacias accesibles.

Le sugerimos específicamente a todos los Médicos de atención primaria y especialistas contratados por Health Net que consulten esta lista cuando elijan medicamentos para pacientes que son afiliados de Health Net. Cuando su médico le recete medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos recomendados, es seguro que usted recibe un medicamento recetado de gran calidad y valor.

La Lista de medicamentos recomendados se actualiza regularmente, basándose en los datos del Comité de farmacia y terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de Health Net. Los afiliados de este comité son médicos con práctica activa en distintas especialidades médicas y farmacéuticos clínicos. Los afiliados votantes son reclutados de los Grupos médicos de toda California, basándose en su experiencia, conocimiento y conocimiento práctico. Además, el Comité de P&T

consulta frecuentemente a otros expertos médicos para brindar aportes adicionales al Comité. Las actualizaciones a la Lista de medicamentos recomendados y las pautas de utilización de medicamentos se realizan como información clínica nueva y se ponen a disposición nuevos medicamentos. Para poder mantener la lista actualizada, el Comité de P&T evalúa la eficacia clínica, la seguridad y el valor general mediante:

- Publicaciones médicas y científicas
- Experiencia relevante en la utilización
- Recomendaciones de médicos

Para obtener una copia actualizada de la Lista de medicamentos recomendados de Health Net, visite nuestro sitio Web www.healthnet.com o llame al Departamento de servicios al afiliado al **1-800-839-2172**.

Medicamentos del nivel III:

Medicamentos señalados como del nivel III o los que no se encuentren en la Lista de medicamentos recomendados de Health Net

Los medicamentos del Nivel III son aquellos recetados que se encuentran en la lista como Nivel III o no se encuentran en la Lista de medicamentos recomendados de Health Net. La Lista de medicamentos recomendados de Health Net se aplica a los medicamentos (1) recetados para afiliados que viven en California y (2) comprados en farmacias participantes de Health Net. Están cubiertos los medicamentos recetados que no aparecen en la Lista de medicamentos recomendados de Health Net y que no se excluyen ni limitan en la cobertura. Algunos medicamentos de Nivel III requieren aprobación previa de Health Net.

¿Qué es una “autorización previa”?

Algunos medicamentos recetados requieren autorización previa. Esto significa que su médico debe comunicarse previamente con Health Net para brindarle la razón médica por la cual receta dicha medicación. Al recibir la solicitud de su médico para una autorización previa, Health Net evaluará la información presentada y tomará una determinación basada en criterios médicos establecidos para el medicamento en particular.

Los criterios utilizados para la autorización previa son desarrollados a partir de y se basan en los aportes del Comité de P&T de Health Net así como también en el de especialistas médicos expertos. Su médico puede comunicarse con Health Net para obtener las directivas de uso para un medicamento específico.

Si Health Net deniega la autorización, usted recibirá una comunicación por escrito incluyendo los motivos específicos de la denegación. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede apelarla.

La apelación puede presentarse por escrito, por teléfono o a través de un correo electrónico. Nosotros debemos recibir la apelación dentro de un lapso de 60 días a partir de la fecha del aviso de denegación. Para obtener detalles sobre su derecho a apelar, consulte su Contrato del plan y la Evidencia de cobertura de Salud HMO y más.

PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN ANTE HEALTH NET:

- Llame a Servicios al afiliado de Health Net al **1-800-839-2172**
- Si desea información sobre cómo enviar correos electrónicos a Servicios al afiliado de Health Net, visite www.healthnet.com.
- Escriba a:

Health Net Member Services
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN PARA LA COBERTURA DE PPO

Trabajamos con usted y su médico para determinar el curso de tratamiento más efectivo cubierto por su póliza. A través del Programa de certificación, usted obtiene la aprobación para la cobertura antes de obtener ciertos tipos de servicios. Esto ayuda a protegerle de tener que someterse a procedimientos médicos innecesarios y de tener que pagar una factura médica porque un servicio no estaba cubierto.

Cuando usted recibe la certificación para la cobertura, significa que hemos determinado que el procedimiento que le ha recomendado su médico es médicamente necesario y es el tratamiento adecuado para su

problema de salud. La certificación también confirma que extenderemos la cobertura para el procedimiento, de acuerdo con los términos de su póliza. Si no obtiene la certificación cuando se la requiere, cualquier beneficio pagadero será reducido en un 50 por ciento. La reducción del 50 por ciento de los beneficios se aplicará a los siguientes procedimientos:

1. Admisiones de pacientes internados. Cualquier tipo de centro de salud, incluyendo pero no limitándose a:

- Hospital
- Centros de enfermería especializada
- Centro de salud mental
- Centro para dependencia de sustancias químicas
- Centro de rehabilitación para agudos
- Hospicio

2. Ambulancia

- Ambulancia aérea
- Transporte que no sea de emergencia

3. Servicios ambulatorios

- Equipo médico duradero
- Los servicios de la Agencia de atención médica en el hogar, incluida la enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia vía intravenosa en el hogar, Atención de hospicio, servicios tocolíticos (medicamentos intravenosos usados para disminuir o detener las contracciones uterinas en partos prematuros) y control uterino en el hogar.
- Prótesis para las extremidades principales

4. Servicios experimentales, nuevas tecnologías y cambios evolutivos en tecnologías probadas.

5. Procedimientos ortognáticos (cirugía realizada para corregir o enderezar la mandíbula y/u otras desalineaciones de huesos faciales para mejorar la función).

6. *Adquisición de imágenes diagnósticas para pacientes ambulatorios:*

- Tomografía computada (CT, por sus siglas en inglés)
- Angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés)
- Imagen por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés)
- Tomografía cardiaca con adquisición sincronizada múltiple (MUGA, por sus siglas en inglés)
- Tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés)
- Tomografía computada por emisión de fotón único (SPECT, por sus siglas en inglés)

7. *Los procedimientos quirúrgicos incluyen:*

- Reparación de hernia abdominal, ventral, umbilical e incisional
- Blefaroplastia
- Reducción y aumento de senos
- Mastectomía para ginecomastía
- Rinoplastia
- Escleroterapia
- Uvulopalatofaringoplastia (UPPP, por sus siglas en inglés) y UPPP asistida por láser

8. *Tratamiento y trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).*

9. *Servicios relacionados con trasplantes, incluidos los servicios de evaluación y tratamientos previos, y el procedimiento de trasplante.*

EXCEPCIONES A LA CERTIFICACIÓN

Health Net Life (HNL, por sus siglas en inglés) no requiere la Certificación para los servicios de diálisis o la atención de maternidad. Sin embargo, informe a HNL al iniciar servicios de diálisis o en el momento de su primera visita prenatal.

Nosotros consideraremos la necesidad médica del tratamiento propuesto, el nivel propuesto de atención (para pacientes internados o pacientes ambulatorios) y la duración del tratamiento propuesto, con excepción de la cirugía reconstructiva relacionada con las mastectomías.

Debe solicitar la certificación con cinco o más días de anticipación a la fecha propuesta de admisión o de inicio del tratamiento, salvo cuando se deba a una emergencia. En caso de que lo admitan en el hospital en la sala de emergencias para pacientes ambulatorios o centro de atención de urgencia para atención que no sea de urgencia, usted y su médico deben comunicarse con nosotros en un plazo de 48 horas o tan pronto como sea razonablemente posible. Los servicios brindados como resultado de una emergencia no requerirán de la certificación.

La reducción de los beneficios en un 50 por ciento que es pagadero por Salud PPO continuará aplicándose a los beneficios pagaderos después que usted haya alcanzado su límite de desembolso máximo.

Cuando un afiliado da a luz a un niño en un hospital, tiene derecho a beneficios durante 48 horas de atención como paciente internada luego de un parto vaginal o 96 horas luego de un parto por cesárea. Las sanciones de la certificación no serán aplicadas durante ese período de tiempo. Sin embargo, debe obtenerse la certificación para una cesárea o si el médico determina que una hospitalización más larga es médicamente necesaria.

Para obtener más información, comuníquese con su agente autorizado de Health Net o visite www.healthnet.com.

Health Net
Individual & Family Coverage
P.O. Box 1150
Rancho Cordova, CA 95741-1150

Llame al número telefónico gratuito
[1-800-266-6606](tel:1-800-266-6606)

Dispositivo de telecomunicaciones para personas con impedimentos auditivos
[1-800-995-0852](tel:1-800-995-0852)

OTRAS OPCIONES

Cobertura para familiares mayores de 54 años:
[1-800-944-7287](tel:1-800-944-7287)

Cobertura para menores en hogares de bajo ingreso:
[1-800-765-8378](tel:1-800-765-8378)

Cobertura para negocios con 50 o menos empleados:
[1-800-448-4411](tel:1-800-448-4411) opción 4

Cobertura para negocios con 51 o más empleados:
[1-800-448-4411](tel:1-800-448-4411) opción 4