

# Listado de proveedores médicos

Médicos, hospitales y otros profesionales de la salud

## Directory

Physicians, Hospitals and Other Health Care Professionals

**Vitalidad México  
con Aetna<sup>sm</sup>**

Información del listado de  
proveedores médicos actual  
disponible en *DocFind*<sup>®</sup> en  
[www.aetna.com](http://www.aetna.com)

Current directory information  
available on *DocFind*<sup>®</sup> at  
[www.aetna.com](http://www.aetna.com)



 **Aetna<sup>®</sup>**



# Índice

Información importante para el consumidor .....	III
Hospitales de la red.....	2
Médicos de familia.....	4
Obstetras y ginecólogos/Especialistas de la salud para la mujer .....	8
Especialistas .....	10
Proveedores de la salud del comportamiento .....	16
Otros proveedores de la red .....	18
Índice de proveedores .....	22

Para los listados más actualizados, visite *DocFind*<sup>®</sup>, nuestro listado de proveedores en Internet, en [www.aetna.com](http://www.aetna.com). Si tiene preguntas sobre la selección o cambio de un proveedor o médico de familia, comuníquese con Servicios al Miembro por Internet o llame al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación. En California, la fecha de vigencia de cambio de un médico de familia será el primero o décimo quinto del mes o, si está en un curso de tratamiento activo, coordinado con su médico de familia actual y nuevo.

Los planes de beneficios médicos son ofrecidos por Aetna Health of California Inc. En el caso de cuentas autofinanciadas, su empleador ofrece la cobertura de beneficios con servicios administrativos proporcionados únicamente por Aetna Life Insurance Company.

## **Limitaciones o restricciones de proveedores sobre ciertos servicios cubiertos**

Algunos hospitales y otros proveedores no proporcionan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos bajo su contrato de plan y que usted o un miembro de su familia puedan necesitar: planificación familiar; servicios de anticonceptivos, incluyendo anticonceptivos de emergencia; esterilización, incluyendo ligadura de trompas en el momento del parto y alumbramiento; tratamientos de infertilidad; o aborto. Usted debe obtener más información antes de inscribirse. Llame a su médico prospecto, grupo médico, asociación de práctica independiente, o clínica, o llame al plan médico al número de teléfono sin cargo de Servicios al Miembro que aparece en su tarjeta de identificación para asegurarse de obtener los servicios de atención médica que necesita.

**Miembros de los planes HMO y QPOS®**  
**AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC (AETNA)**  
*Vitalidad México con Aetna<sup>SM</sup>*  
2625 SHADELANDS DRIVE  
WALNUT CREEK, CA 94598

**INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL CONSUMIDOR**

ESTE FORMULARIO DE DIVULGACIÓN ES SÓLO UN RESUMEN. LA EVIDENCIA DE COBERTURA CONTIENE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA COBERTURA Y DEBE CONSULTARSE PARA DETERMINAR LAS DISPOSICIONES CONTRACTUALES VIGENTES.

LEA ESTE FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DETALLADA Y ATENTAMENTE. CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE USTED DEBE CONOCER ANTES DE INSCRIBIRSE. LAS PERSONAS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES DEBEN LEER LAS SECCIONES QUE CORRESPONDEN A SU CASO DETENIDAMENTE.

LA EVIDENCIA DE COBERTURA CONTIENE TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA COBERTURA. USTED TIENE EL DERECHO DE VER LA EVIDENCIA DE COBERTURA ANTES DE INSCRIBIRSE. USTED PUEDE SOLICITAR UNA COPIA EJEMPLAR DE LA EVIDENCIA DE COBERTURA DEL GRUPO DE SU EMPLEADOR O A AETNA A TRAVÉS DEL NÚMERO DE TELÉFONO 1-888-257-3241.

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN OFRECE INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS PLANES MÉDICOS AETNA HEALTH®. USTED DEBE CONSULTAR LOS DOCUMENTOS DE SU PLAN ESPECÍFICOS PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA OPERACIÓN DE SU PLAN. PUEDE ENCONTRAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE:

- SU MÉDICO DE FAMILIA (PCP),
- LOS PROVEEDORES QUE PERTENECEN A LA RED,
- REFERENCIAS MÉDICAS Y AUTORIZACIONES,
- SOLICITUD DE LA CONTINUIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA O REFERENCIAS MÉDICAS PERMANENTES,
- CENTROS MÉDICOS, Y
- PROCEDIMIENTOS DE RESOLUCIÓN DE RECLAMOS

PUEDA ENCONTRARSE EN EL EJEMPLAR DE LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC) QUE SE LE PUEDE FACILITAR A SOLICITUD SUYA.

PUEDA ENCONTRAR INFORMACIÓN SOBRE LA FORMA EN QUE AETNA DETERMINA SI HAY UNA NECESIDAD MÉDICA EN EL INICIO DE LA SECCIÓN "BENEFICIOS CUBIERTOS" DEL EJEMPLAR DEL EOC.

EN CASO DE CONFLICTOS ENTRE EL CONTRATO DE GRUPO Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA, LA EVIDENCIA DE COBERTURA PREVALECE.

PUEDA ENCONTRAR INFORMACIÓN ADICIONAL, ENTRE OTROS, LISTADOS DE PROVEEDORES, EL LISTADO DE MEDICAMENTOS BAJO RECETA, BOLETINES DE POLÍTICAS DE COBERTURA Y OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE EN NUESTRO SITIO DE INTERNET, [WWW.AETNA.COM](http://WWW.AETNA.COM). PUEDE COMUNICARSE CON EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE CALIFORNIA A TRAVÉS DEL SITIO DE INTERNET [HTTP://WWW.HMOHELP.CA.GOV](http://WWW.HMOHELP.CA.GOV).

## **BENEFICIOS Y COBERTURAS PRINCIPALES**

Los beneficios se ofrecen para muchos de los servicios y suministros médicamente necesarios para el cuidado y tratamiento de enfermedades y lesiones o para mantener una buena salud. No todos los servicios y suministros están cubiertos, algunos sólo están cubiertos hasta determinado límite y algunos requieren precertificación y referencias médicas. Los beneficios referidos de Aetna deben ser provistos u obtenidos a través de su médico de familia seleccionado. Los servicios y suministros principales para los que se ofrece beneficios son los siguientes:

- Beneficios de médico de familia (PCP) para: Visitas al consultorio y hospital; evaluaciones médicas periódicas, entre otras, la atención pediátrica, inmunizaciones, chequeos médicos de rutina, chequeos ginecológicos de rutina y exámenes de detección de rutina del oído y de la vista; inyecciones, incluyendo las inyecciones para la insensibilización de la alergia; yesos y vestimenta; y asesoramiento médico educativo e información.
- Servicios de diagnóstico, laboratorio y radiografías.
- Visitas de médicos especialistas, incluyendo servicios para pacientes ambulatorios y hospitalizados
- Visitas a especialistas de acceso directo en el caso de visitas ginecológicas de rutina y para el diagnóstico y tratamiento de problemas ginecológicos, y exámenes de rutina de la vista.
- Atención de maternidad y del recién nacido.
- Atención médica con internación en hospitales y en establecimientos de enfermería especializada.
- Transplantes no experimentales y no investigativos.
- Cirugía ambulatoria.
- Atención relativa al abuso de sustancias tóxicas (servicios de paciente ambulatorio y hospitalizado para la desintoxicación).
- Cuidado de la salud mental en el caso de enfermedades mentales graves y los disturbios emocionales infantiles graves.
- Servicios de atención médica de emergencia y urgencia.
- Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio, entre otros, rehabilitación cardíaca y pulmonar; terapia cognitiva, física, ocupacional y del habla.
- Cuidado médico domiciliario y atención en un centro para enfermos terminales.
- Dispositivos prostéticos y ortóticos.
- Mastectomía y cirugía reconstructiva de los senos.
- Otra cirugía reconstructiva.
- Anestesia general limitada para procedimientos dentales.
- Tratamiento de la diabetes.
- Atención para la fenilcetonuria (FCU).
- Procedimientos del síndrome de las articulaciones temporomandibulares, a excepción de los procedimientos dentales.
- Servicios y suministros cubiertos en el caso de los ensayos clínicos contra el cáncer.

La elegibilidad, beneficios cubiertos, necesidades médicas, precertificación, revisión concurrente, revisión retrospectiva de la historia médica y todos los términos y condiciones de su plan médico son determinados a la discreción de Aetna Health (o su designado). Esto significa que algunos de los servicios recomendados por su profesional médico probablemente no se consideren beneficios cubiertos por determinación de Aetna Health. Las determinaciones están sujetas a la revisión del Departamento de Atención Médica Administrada y bajo ciertas circunstancias también pueden ser sujetas a revisiones médicas independientes.

## **EXCLUSIONES Y LIMITACIONES PRINCIPALES DE BENEFICIOS.**

### **EXCLUSIONES**

Ésta es una lista de los servicios y suministros generalmente no cubiertos.

- Cirugía estética.
- Cuidado de custodia.
- Cuidado dental y radiografías dentales.
- Recuperación de huevos donantes.

- Procedimientos experimentales e investigativos. Consulte la sección sobre Reclamos y Apelaciones/Revisión médica independiente, para obtener información sobre su derecho de apelar y sujetar a revisión médica independiente los reclamos denegados debido a que son considerados experimentales e investigativos.
- Audífonos.
- Partos domiciliarios.
- Medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables, incluyendo los medicamentos inyectables de infertilidad a menos que estén específicamente incluidos en la lista de medicamentos cubiertos en la Evidencia de Cobertura.
- Servicios de infertilidad, incluyendo la inseminación artificial y tecnologías reproductivas avanzadas como la IVF, ZIFT, GIFT, ICSI y otros servicios asociados a menos que estén específicamente incluidos en la lista de medicamentos cubiertos en la Evidencia de Cobertura.
- Servicios y suministros que no son médicamente necesarios.
- Ortótica, excepto según esté especificado en la Evidencia de Cobertura.
- Medicamentos bajo receta ambulatorios y medicamentos y suministros de venta libre.
- Queratotomía radial y procedimientos asociados.
- Inversión de la esterilización.
- Enfermería especializada.
- Terapias de rehabilitación cuando el miembro ya no muestra un progreso mensurable.
- Tratamiento de los trastornos del comportamiento, a excepción de las enfermedades mentales severas de los miembros de todas las edades y los disturbios emocionales infantiles graves.

#### **LIMITACIONES**

Si dos o más servicios médicos alternativos que a sólo juicio de Aetna son equivalentes en lo respectivo a la calidad de la atención, Aetna se reserva el derecho de proporcionar cobertura sólo por el servicio médico más económico. La determinación de Aetna de que dos o más servicios médicos alternativos son equivalentes es una decisión relativa a la necesidad médica y por lo tanto está sujeta a una revisión médica independiente. Consulte la sección sobre Quejas y Apelaciones/Revisión médica independiente, para obtener información sobre su derecho de apelar y sujetar a revisión médica independiente los reclamos denegados, limitados o retrasados debido a una necesidad médica. Las determinaciones relativas al derecho de recibir beneficios, cobertura de servicios, denegación de beneficios y todos los demás términos de la Evidencia de Cobertura se hacen a discreción de Aetna.

#### **ALGUNOS HOSPITALES Y OTROS PROVEEDORES NO PROPORCIONAN UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS QUE PUEDEN ESTAR CUBIERTOS BAJO SU CONTRATO DE PLAN Y QUE USTED O SUS FAMILIARES PUEDEN NECESITAR:**

- Planificación familiar.
- Servicios de anticoncepción, incluyendo la contracepción de emergencia.
- Esterilización, incluida el ligado de las trompas al momento de trabajo de parto y parto.
- Tratamiento de infertilidad.
- Aborto.

**USTED DEBE OBTENER MÁS INFORMACIÓN ANTES DE INSCRIBIRSE. LLAME A SU MÉDICO, GRUPO MÉDICO, ASOCIACIÓN DE PRÁCTICA INDEPENDIENTE O CLÍNICA PARA ASEGURARSE QUE USTED PUEDE OBTENER LOS SERVICIOS MÉDICOS QUE NECESITA. SÍRVASE LLAMAR A SERVICIOS AL MIEMBRO AL NÚMERO 1-888-982-3862 PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SU PLAN.**

#### **TARIFAS DE PAGO POR ADELANTADO**

Los miembros son responsables de cualquier copago, coseguro y deducible por los servicios cubiertos. Estas obligaciones se pagan directamente al proveedor o centro médico al momento de la provisión de servicios. Las cantidades del copago, coseguro y deducible aparecen detalladas en su resumen de beneficios y documentos del plan.

## **OTROS CARGOS**

Si su plan no cubre específicamente los beneficios de autorreferencia o provistos fuera de la red y usted va directamente donde un especialista u hospital para recibir atención que no es de emergencia ni urgencia sin una referencia médica, los servicios correrán por su cuenta a menos que el servicio esté específicamente identificado como un beneficio de acceso directo en la Evidencia de Cobertura.

## **SELECCIÓN DE MÉDICOS Y PROVEEDORES**

LEA LOS SIGUIENTES DATOS PARA INFORMARSE DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA.

*Su plan médico usa la red de proveedores SIMNSA. A través de este folleto de información, los "proveedores que pertenecen a la red" o la "red", se refieren a los proveedores y centros que pertenecen a la red SIMNSA.*

*Los proveedores pueden ser contratados por Aetna Health bajo una red diferente, pero son proveedores que no pertenecen a la red en lo relativo al plan Vitalidad México con Aetna<sup>SM</sup>. A través de este folleto de información los "proveedores que no pertenecen a la red" se refieren a los proveedores y centros médicos que no están incluidos en el plan Vitalidad México con Aetna<sup>SM</sup>.*

### **PAPEL QUE DESEMPEÑAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA (PCP)**

Para la mayoría de los planes HMO, los miembros deben elegir un médico de familia (PCP) que pertenece a la red. El PCP puede brindar atención médica primaria, así como coordinar su atención general.

Los miembros deben consultar a su PCP cuando se encuentren enfermos o estén heridos para que ayude a determinar el tipo de atención que necesitan. Su PCP debe emitir las referencias médicas para la cobertura de ciertos servicios de especialistas y en centros médicos. Para algunos servicios, se requiere que el PCP obtenga autorización previa de Aetna. Con la excepción de los planes que incluyen beneficios para servicios de proveedores que no pertenecen a la red (QPOS), o en una emergencia, los miembros deben obtener una referencia médica de su PCP antes de buscar atención cubierta que no sea de emergencia de un especialista o en un hospital. Consulte los documentos de su plan para más detalles.

Algunos médicos de familia (PCP) están afiliados con sistemas de servicios médicos integrados, asociaciones de prácticas independientes (IPA) u otros grupos de proveedores, y los miembros que eligen estos PCP generalmente serán referidos a especialistas y hospitales que estén dentro de dicho sistema, asociación o grupo. Sin embargo, si sus necesidades médicas van más allá del alcance de los proveedores afiliados, usted puede solicitar la cobertura de servicios provistos por un médico o centro médico que pertenezca a la red pero que no esté afiliado. Para recibir cobertura por los servicios provistos por proveedores que pertenecen a la red pero no son afiliados, posiblemente necesitan la aprobación previa de Aetna Health y/o el sistema de servicios médicos integrados u otro grupo de proveedores.

Para encontrar un médico de familia (PCP), visite nuestro listado de proveedores, *DocFind*<sup>®</sup>, en el sitio de Internet <http://www.aetna.com/docfind/custom/select>. *DocFind* está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana y es actualizado tres veces por semana. Con el formato fácil de usar de *DocFind*, usted podrá buscar un proveedor en Internet por su nombre, especialidad, género y/o afiliación de hospital. También puede solicitar que se le envíe un directorio impreso.

*Cuando esté buscando información sobre los proveedores que pertenecen a la red, haga clic en el enlace al plan Vitalidad México con Aetna<sup>SM</sup> en la página principal de DocFind. El nombre de la red también aparecerá en su tarjeta de identificación.*

### **POLÍTICA DE REFERENCIAS MÉDICAS**

Es importante recordar los siguientes puntos sobre las referencias médicas:

- Una referencia médica es la forma en que el PCP del miembro hace arreglos para que el miembro esté cubierto para atención médica especializada y tratamiento de seguimiento adecuados y necesarios.
- El miembro debe hablar con su PCP acerca de las referencias médicas para entender cuáles son los servicios de especialista que recomienda y porqué.
- Si el especialista recomienda tratamientos o pruebas adicionales que sean beneficios cubiertos, es posible que el miembro deba obtener otra referencia médica de su PCP antes de recibir estos servicios. Si el miembro no obtiene otra referencia médica por estos servicios, es posible que el miembro sea responsable por su pago.
- Excepto en el caso de emergencias, toda internación en un hospital y cirugía ambulatoria requiere una referencia médica previa del PCP del miembro y autorización previa de Aetna.

- Si no se trata de una emergencia y el miembro va a un médico o centro médico sin una referencia médica, el miembro deberá pagar la factura médica.
- Las referencias médicas son válidas por un período de 60 días mientras la persona permanezca como miembro elegible del plan.
- En planes sin cobertura para servicios de proveedores que no pertenecen a la red, se requiere la autorización previa de Aetna además de una referencia médica especial de su PCP a un proveedor fuera de la red para que los servicios de dichos proveedores sean cubiertos. Cuando sean autorizados debidamente, estos servicios están totalmente cubiertos, menos la cantidad correspondiente al miembro.
- La referencia médica establece que, con excepción de la parte del costo correspondiente al miembro, el miembro no tendrá que pagar los costos de los beneficios cubiertos, siempre que la persona sea miembro en el momento de prestación del servicio.

### **ACCESO DIRECTO**

En los planes *QPOS* el miembro puede obtener acceso directo a los proveedores que no pertenecen a la red sin necesidad de obtener una referencia médica del PCP, sujeto a los requerimientos de la participación del miembro en los costos. Sin embargo, es posible que usted pueda reducir sus gastos de bolsillo de manera considerable, acudiendo a los proveedores de la red. Consulte el folleto específico de su plan para obtener más detalles. Si su plan no cubre de forma específica los beneficios que no necesitan una referencia médica o los beneficios para servicios de proveedores que no pertenecen a la red y usted acude directamente a un especialista u hospital, sin una referencia médica, para atención que no sea de emergencia o no urgente, usted deberá pagar la factura, a menos que el servicio esté específicamente identificado como un beneficio de acceso directo en los documentos de su plan.

### **ACCESO DIRECTO AL OBSTETRA/GINECÓLOGO**

Este programa permite que los miembros de sexo femenino visiten a cualquier obstetra o ginecólogo que pertenece a la red para hacerse exámenes de rutina, incluyendo el Papanicolau, y para problemas obstétricos y ginecológicos. Los ginecólogos y obstetras también podrán referir a la mujer directamente a otros proveedores de la red para servicios obstétricos o ginecológicos que están cubiertos. Todas las exigencias de autorización previa y coordinación del plan se siguen aplicando. Si su obstetra/ginecólogo pertenece a una asociación de práctica independiente, un grupo médico y sistema de servicios médicos integrados, u otra organización similar, su cuidado debe ser coordinado a través de la asociación de práctica independiente, del grupo médico u organización similar. Estas podrán tener distintas políticas de referencias médicas.

### **RED DE PROVEEDORES MÉDICOS**

Ciertos médicos de familia (PCP) están afiliados a sistemas de servicios médicos integrados, asociaciones de práctica independiente u otros grupos de proveedores, y los miembros que elijan a estos PCP serán normalmente referidos a especialistas y hospitales que estén dentro de ese sistema, asociación o grupo. Pero, si sus necesidades médicas van más allá del alcance de los proveedores afiliados, usted puede solicitar cobertura para servicios proporcionados por médicos y centros no afiliados a la red. A fin de estar cubiertos, los servicios de proveedores no afiliados a la red pueden requerir la autorización previa de Aetna y/o de los sistemas de servicios médicos integrados u otros grupos de proveedores.

Los miembros deben tener en cuenta que hay proveedores médicos (por ejemplo, especialistas) que pueden estar afiliados a otros proveedores a través de sistemas, asociaciones o grupos. Estos sistemas, asociaciones o grupos ("organización") o sus proveedores afiliados pueden ser remunerados por Aetna a través de un acuerdo de capitación o de otro método global de pago. La organización entonces paga al proveedor del tratamiento directamente a través de distintos métodos. El miembro le debe preguntar a su proveedor cómo se le remunera por dicha prestación y si tiene algún incentivo económico para controlar los costos o el uso de los servicios médicos por parte del miembro.

### **ÚLTIMA VOLUNTAD MÉDICA**

La última voluntad médica es un documento legal en el que define sus deseos relativos a su atención médica. Puede ayudar a los médicos y familiares a determinar su tratamiento médico si por alguna razón usted no puede tomar sus propias decisiones sólo.

Existen tres ejemplos de la última voluntad médica:

- Testamento en vida: indica el tipo y la cantidad de atención médica que desea recibir.
- Poder duradero: designa a alguien de su confianza para que tome las decisiones médicas en su nombre.
- Orden de no resucitar: indica que no desea recibir resucitación cardiopulmonar (RCP) si su corazón deja de latir o si deja de respirar.

Usted puede crear una última voluntad médica de varias formas:

- Obtener una última voluntad médica de un profesional de la salud. Ciertas leyes exigen que los centros médicos que reciben fondos de *Medicare* y *Medicaid* pregunten a todos los pacientes al momento de ser hospitalizados si tienen una última voluntad médica. No necesita tener una para recibir atención médica, pero la ley nos exige darle la oportunidad de crear una.
- Pida un formulario de última voluntad médica en las oficinas estatales o legales del envejecimiento, colegios de abogados, programas de servicios legales o en el departamento de salud local.
- Coordine con un abogado para desarrollar su última voluntad médica.
- Cree una última voluntad médica usando software de computadora diseñado para este propósito.

La última voluntad médica y Orden de no resucitar. Academia Americana de Médicos de Familia, Marzo de 2005  
(Disponible en <http://familydoctor.org/003.xml?printxml>)

## **TRANSPLANTES Y OTRAS CONDICIONES COMPLEJAS**

Nuestro programa *National Medical Excellence Program*<sup>®</sup> (Programa nacional de excelencia médica) y otros programas especiales ayudan a los miembros elegibles a obtener acceso a tratamiento cubierto para transplantes y ciertas otras condiciones médicas complejas en centros médicos con experiencia en la prestación de estos servicios y que pertenece a la red. Dependiendo de los términos de su plan médico, los miembros pueden estar limitados únicamente a aquellos centros médicos que participen en estos programas cuando necesite un transplante u otra condición compleja cubierta.

## **RED DE LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO**

Los servicios para la salud del comportamiento son administrados por Aetna. Aetna es responsable por determinar la cobertura inicial y coordinar las referencias médicas a proveedores. Como con otras determinaciones de cobertura, usted puede apelar una decisión adversa de cobertura del cuidado de la salud del comportamiento, de acuerdo con los términos de su plan médico.

El tipo de beneficios que usted tiene para la salud del comportamiento depende de los términos de su plan médico. Si su plan médico incluye servicios de la salud del comportamiento, puede tener cobertura de condiciones mentales y/o servicios para el abuso de drogas o alcohol. Usted puede averiguar el tipo de cobertura de la salud del comportamiento disponible de acuerdo con los términos de su plan llamando al número de Servicios al Miembro de Aetna que aparece en su tarjeta de identificación.

En caso de emergencia, llame al 911 o a su línea local de emergencias, si la hubiera. Para servicios de rutina, usted puede acceder a los servicios cubiertos de la salud del comportamiento que están disponibles bajo su plan médico al seguir los siguientes métodos:

- Llame al número de teléfono sin cargo de servicios de la salud del comportamiento que aparece en su tarjeta de identificación. Si no aparece ningún número, llame al número de Servicios al Miembro en su tarjeta de identificación para obtener la información correspondiente.
- Donde lo exige su plan, llame a su PCP para que le proporcione una referencia médica con el grupo designado de proveedores de servicios de la salud del comportamiento.
- Cuando corresponda, un profesional de asistencia al empleado o al estudiante podrá proporcionarle una referencia médica para su consulta con el grupo designado de proveedores de servicios de la salud del comportamiento.

Usted puede tener acceso a la mayoría de los servicios de terapia ambulatorios sin una referencia médica o autorización previa. Sin embargo, primero usted debería consultar con Servicios al Miembro para confirmar que cualquier dicho servicio de terapia ambulatorio no exija una referencia médica o autorización previa.

## **Datos de seguridad disponibles del proveedor médico de la salud del comportamiento**

Para obtener información sobre nuestros datos de seguridad de la red de proveedores médicos del comportamiento, por favor visite el sitio de Internet [www.aetna.com](http://www.aetna.com) y revise los enlaces sobre calidad y seguridad del paciente publicados:

<http://www.aetna.com/docfind/quality.html#jcaho>. Usted puede seleccionar el enlace de verificación de la calidad relativo a los informes de seguridad de nuestros proveedores.

## **Programas de prevención de la salud del comportamiento**

La Salud del comportamiento de Aetna ofrece dos programas de prevención a nuestros miembros: Información sobre la depresión perinatal, programa de referencia para la detección y tratamiento, también conocido como el "Programa de depresión De la Mamá al Bebé" e Identificación y referencia de miembros adolescentes a los que se ha diagnosticado la depresión que también tienen necesidades de consumo comórbido de sustancias tóxicas. Para obtener más información sobre

cualquiera de estos programas de prevención y cómo usar los programas, pida a Servicios al Miembro el número de teléfono de su Centro de administración de la salud local.

## **DISPOSICIONES RELATIVAS AL REEMBOLSO**

La sección "Proceso de reclamos" de la Evidencia de Cobertura (EOC), explica la forma en que Aetna cumple con los reglamentos del Departamento de Trabajo Federal (DOL) en el caso de la determinación de reclamos y apelaciones, (CFR 29 2560). Podrá encontrar más información específica de California sobre los reclamos y apelaciones en las siguientes secciones denominadas "Reclamos y Apelaciones" y "Revisión médica independiente". La definición de reclamo según los reglamentos del DOL es cuando usted o su representante autorizado:

- solicita preautorización de acuerdo con las disposiciones del plan;
- solicita una referencia según las disposiciones del plan de un proveedor que pertenece a la red;
- solicita el pago de los servicios o tratamiento; o
- solicita una revisión concurrente o retrospectiva del uso del plan.

Si usted recibe una factura por los beneficios cubiertos, deberá enviarla oportunamente a Aetna para el pago de la misma.

Envíe la factura detallada para su pago con su número de identificación claramente indicado a la dirección que aparece en su tarjeta de identificación en el plazo de 90 días de la fecha en que se recibió el beneficio cubierto, a menos que razonablemente no sea posible hacerlo. Para que la factura por cualquier servicio o suministro solicitado o recibido por usted pueda ser considerada como beneficio cubierto, debe ser enviada y Aetna debe recibirla a más tardar 12 meses después de la fecha de provisión del servicio a menos que se pueda demostrar que razonablemente no fue posible enviar la factura y que la factura fue enviada apenas fue razonablemente posible hacerlo.

Aetna tomará una decisión sobre el reclamo. En el caso de los reclamos de atención de urgencia y los reclamos de servicio previo, Aetna le enviará una notificación por escrito referente a su determinación.

## **CENTROS MÉDICOS**

Los consultorios de los proveedores que pertenecen a la red y otros centros médicos pueden ser ubicados a través de *DocFind* o con una llamada al número 1-800-756-7039.

## **DISPOSICIONES SOBRE LA RENOVACIÓN**

El término inicial del plan normalmente corresponde a un período de un año. Cada término subsiguiente será por un período de un año a menos que el plan se cancele de acuerdo con las disposiciones del contrato de grupo. Aetna puede cambiar las primas de acuerdo con el plan a partir de cualquier fecha de renovación con una notificación escrita con 30 días de anticipación.

Los beneficios pueden ser modificados durante el término del plan según las disposiciones específicas de las condiciones del contrato de grupo o al momento de renovación. Si los beneficios son modificados, éstos (incluyendo cualquier reducción de beneficios o eliminación de beneficios) serán aplicables a los servicios o suministros provistos desde la fecha de vigencia de la modificación en adelante. No existe derecho adquirido con respecto a la recepción de los beneficios del plan.

## **ELEGIBILIDAD**

Las referencias "a cónyuges" y "dependientes" también incluye la unión libre y los dependientes de una unión libre. Sólo requerirán la verificación de una unión libre si el plan solicita la verificación de estado civil o disolución de matrimonio para todos los miembros del plan.

## **CONTINUACIÓN INDIVIDUAL DE LOS BENEFICIOS**

Los miembros pueden tener el derecho de continuar su cobertura bajo ciertas circunstancias al momento de terminación de la misma. La ley federal relativa a esta continuación de beneficios es la Ley ómnibus consolidada de reconciliación ("COBRA"). COBRA se aplica a los empleadores que tienen veinte (20) o más trabajadores elegibles. La ley estatal de California es la ley de reemplazo de beneficios de California ("Cal-COBRA"). Cal-COBRA se aplica a los empleadores pequeños de California que tienen menos de veinte (20) empleados elegibles. Muchas de las disposiciones de COBRA y Cal-COBRA son las mismas.

La continuación de cobertura de COBRA y Cal-COBRA le ofrece a los empleados y sus dependientes cuyos planes de grupo tendrían que terminar, la oportunidad de continuar el mismo plan de grupo durante un período de tiempo, generalmente 18, 29 o 36 meses en el caso de COBRA y 36 meses en el caso de Cal-COBRA. Los miembros que han agotado la continuación de cobertura bajo COBRA (si la continuación de cobertura es de menos de 36 meses) tienen la oportunidad de continuar la cobertura por un período de hasta 36 meses bajo Cal-COBRA. Los empleados miembros tienen este derecho si pierden su trabajo o si están sujetos a una reducción de horas laborales (a menos que se deba a mala conducta agravada). Los dependientes miembros también tienen el derecho de la continuación de cobertura si su cónyuge miembro muere o si se divorcia del dependiente, o si deja de ser un dependiente menor de edad.

La Continuación de Cobertura para Suscriptores Jubilados y Cónyuges (también conocido como "*Senior COBRA*") no estará disponible para los suscriptores que alcanzaron la edad de 60 años después del 1 de enero de 2005.

Puede obtener más información sobre COBRA y Cal-COBRA en la Evidencia de Cobertura.

Un miembro que está totalmente incapacitado en la fecha de término de su plan, gozará de cobertura continuada por su incapacidad. La continuación de cobertura terminará en el primero en ocurrir de los siguientes casos: la incapacidad del miembro termina, los beneficios de la cobertura son agotados, el miembro recibe cobertura bajo otro plan, o a los 12 meses.

## **CANCELACIÓN DE BENEFICIOS**

La cobertura puede cancelarse debido a la falta de pago de las primas. La cancelación ocurrirá incluso si usted se encuentra confinado en un hospital o está recibiendo tratamiento por una condición continua. Se proporcionará una notificación de cancelación por escrito por lo menos con 15 días de anticipación.

La cobertura también puede cancelarse por otras razones, entre otras, por la terminación de empleo o por perder la membresía de grupo, por obtener cobertura bajo un plan médico alternativo ofrecido por el empleador o grupo, por mudarse fuera del área de servicio o por fraude o falsedad al inscribirse o al usar los servicios o centros médicos.

## **QUEJAS Y APELACIONES/REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE**

Aetna se empeña en resolver los problemas de cobertura, quejas e inquietudes de sus miembros. Si usted tiene un problema de cobertura o cualquier otro problema, llame a Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación, o escriba a Servicios al Miembro a la dirección que sigue:

AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC.  
ATTN: MEDICAL RESOLUTION TEAM  
PO BOX 10169  
VAN NUYS, CA 91410

Si Servicios al Miembro no logra resolver su problema de forma satisfactoria, será enviado al departamento correspondiente para su resolución. Si usted no está satisfecho con el resultado de su contacto inicial, puede presentar una apelación.

### **DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de reglamentar los planes de servicio médico. Si tiene alguna queja relativa a su plan, primero debe llamar a su plan médico al número 1-800-756-7039 y usar el proceso de quejas de su plan médico antes de comunicarse con el departamento. El uso del procedimiento de queja no prohíbe los derechos o recursos legales que potencialmente tenga a su alcance. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no ha sido resuelta a satisfacción suya por su plan médico o una queja no resuelta por más de 30 días, podrá llamar al departamento para recibir ayuda. Probablemente tenga derecho a una Revisión médica independiente (IMR). Si tiene derecho a la IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan médico en relación a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de un tratamiento de naturaleza experimental o investigativa y los conflictos de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento tiene un número de teléfono sin cargo (1-888-HMO-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con impedimentos auditivos y del habla. El sitio de Internet del departamento (<http://www.hmohelp.ca.gov>) contiene formularios de quejas, solicitudes de IMR e instrucciones en Internet.

## **ARBITRAJE VINCULANTE**

Toda disputa que surja en relación a la membresía del plan médico o como resultado de la misma será determinada por arbitraje vinculante y no a través de un juicio ni proceso judicial a menos que la ley de California disponga lo contrario con respecto a la revisión judicial de los procesos de arbitraje. El acuerdo de recurrir a arbitraje incluye, entre otros, las disputas sobre responsabilidad profesional o negligencia médica, es decir, si cualquier servicio médico cubierto por el plan fue innecesario o no autorizado o inadecuada, negligente o incompetentemente provisto. Este acuerdo también limita ciertos recursos y puede limitar la adjudicación de daños punitivos. Usted comprende que está renunciando a su derecho constitucional de que cualquier disputa de este tipo se litigue en un tribunal judicial ante un jurado y en lugar de ello acepta el uso del arbitraje vinculante. Consulte las secciones sobre Arbitraje Vinculante y Limitaciones de recursos de la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

## **SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS TÓXICAS**

El tratamiento de "enfermedades mentales graves" o "disturbios emocionales infantiles graves", no está sujeto a los montos máximos anuales que aparecen en su Programa de Beneficios. La enfermedad mental grave incluye, entre otros, la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), trastornos depresivos mayores, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno penetrante del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa. Los disturbios emocionales infantiles incluyen uno o más trastornos mentales según han sido identificados en la edición más reciente del Manual de Diagnósticos y Estadísticas de Trastornos Mentales, a excepción del trastorno de uso de sustancias primarias o trastorno del desarrollo, que resultan en un comportamiento inadecuado para la edad del menor de acuerdo con las normas de desarrollo aceptadas e incluyen características psicóticas, riesgo de suicidio y riesgo de violencia debido a un trastorno mental. Estos tratamientos aún están sujetos a: a) autorización previa y evaluación continua para determinar la cobertura; y, b) los copagos y deducibles individuales y familiares de su plan, si corresponden.

Los beneficios de la salud del comportamiento (por ejemplo, la cobertura por tratamiento o la atención de una enfermedad mental no severa, el abuso del alcohol y/o de sustancias tóxicas) son administrados por Aetna o por una organización contratada independientemente. Aetna o la organización contratada independientemente se encargan de las determinaciones iniciales de cobertura y coordinan las referencias médicas.

Cualquier referencia médica de la salud del comportamiento generalmente se hará a proveedores afiliados con la organización, a menos que sus necesidades de los servicios cubiertos excedan la capacidad de los proveedores afiliados. Su cobertura no excederá el número máximo de visitas dispuesto en su Programa de Beneficios o permitido de acuerdo con la Evidencia de Cobertura.

Aetna o su organización contratada pueden usar las autorizaciones previas o revisiones continuas para limitar el número de visitas de salud mental ambulatorias o días de hospitalización al mínimo que considere como beneficio cubierto médicamente necesario independientemente del número máximo de visitas descrito en su Programa de Beneficios. Esto significa que probablemente no pueda recibir cobertura por el número máximo de visitas o días especificados en su Programa de Beneficios o por el número de visitas o días que usted y su profesional médico crean apropiados, para un único curso de tratamiento o episodio.

Por ejemplo, el tratamiento ambulatorio psicoterapéutico por depresión puede ser considerado un beneficio cubierto de ocho visitas individuales, pero Aetna o su organización contratada pueden, de acuerdo con la revisión concurrente, decidir que no se cubrirá ningún tratamiento adicional, incluso si el Programa de Beneficios indica que el número máximo de visitas ambulatorias es de veinte (20) sesiones al año.

Usted puede recibir información sobre la forma adecuada de tener acceso a los servicios de la salud del comportamiento cubiertos bajo su plan específico a través de una llamada al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación. Como en el caso de otras determinaciones de cobertura, usted puede apelar las decisiones de cobertura relativas a la salud del comportamiento de acuerdo con las disposiciones de su plan médico. Usted puede apelar cualquier denegación de servicios basado en la necesidad médica a través de una revisión médica independiente. Consulte la sección sobre "Quejas y Apelaciones/Revisión médica independiente" de este folleto de información para obtener más detalles sobre el proceso de quejas y la revisión médica independiente.

## **NECESIDAD MÉDICA**

Para ser médicamente necesario, el servicio o suministro:

- debe tratarse de una atención o tratamiento que con probabilidad produzca un resultado positivo importante y que no tenga más probabilidad de producir un resultado negativo que cualquier servicio o suministro alternativo, con respecto tanto a la enfermedad o lesión involucrada como a la condición médica general del miembro;
- debe tratarse de atención o servicios relativos al diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión existente, a excepción de las evaluaciones médicas periódicas cubiertas y la atención preventiva y de rutina del bebé, según lo determine Aetna.
- debe ser un procedimiento de diagnóstico, indicado por la condición médica del miembro, que tenga tanta probabilidad de resultar en información que podría afectar el curso del tratamiento, y que no tenga más probabilidad de producir un resultado negativo que cualquier servicio o suministro alternativo con respecto tanto a la enfermedad o lesión involucrada como a la condición médica general del miembro;
- debe incluir sólo aquellos servicios y suministros que no pueden ser provistos segura y satisfactoriamente en casa, en el consultorio médico o como paciente ambulatorio ni en ningún centro médico que no sea un hospital, cuando es usado en relación a los servicios de internación en un hospital, y
- con respecto al diagnóstico, atención y tratamiento, no debe ser más costoso (tomando en cuenta los gastos médicos incurridos en relación al servicio o suministro) que cualquier servicio o suministro igualmente eficaz para cumplir las pruebas antedichas.

Para determinar si un servicio o suministro es médicamente necesario, Aetna considerará:

- la información provista sobre la condición médica del miembro;
- informes de revistas médicas;
- informes y pautas publicadas por organizaciones médicas reconocidas nacionalmente que incluyen datos científicos de respaldo (incluyendo, entre otros, *Milliman & Robertson Health Care Management Guidelines*®, *InterQual*® criterios ISD y los boletines de la política de cobertura de Aetna);
- las normas profesionales de seguridad y eficacia generalmente reconocidas en los Estados Unidos para el diagnóstico, atención y tratamiento;
- la opinión de profesionales médicos en la especialidad médica involucrada generalmente reconocida;
- la opinión de los médicos tratantes, que merecen crédito pero no rechazan las opiniones contrarias, y
- cualquier otra información relevante que se presente a Aetna.

Sólo los directores médicos toman decisiones para la denegación de la cobertura de servicios debido a necesidad médica.

Las cartas de denegación de cobertura relativas a dichas decisiones detallan los criterios, normas y pautas no cumplidas e informan al proveedor y al miembro del proceso de apelaciones.

Todos los servicios y suministros serán cubiertos de acuerdo con las pautas determinadas por Aetna.

## **COSTO DE LA PRIMA COMPLETA DEL PLAN**

Su grupo es responsable de pagar las primas. Si usted tiene que contribuir con la prima, su grupo le informará la cantidad que debe pagar y cómo pagarla (por ejemplo, a través de descuentos de su cheque salarial).

## **CÓMO AETNA REMUNERA A SU MÉDICO**

Todos los médicos son médicos de práctica independiente y no son empleados ni tienen contrato exclusivo con Aetna. Los médicos pertenecen a la red a través de un contrato directo con Aetna y/o su afiliación a un grupo u organización que tenga contrato con nosotros.

Se remunera a los médicos de nuestra red de varias formas:

- Por servicio o caso particular (tasa por servicio, según las tarifas convenidas).
- Por día de hospital (tarifas convenidas por día).
- Capitación (suma prepagada por miembro, por mes).

- A través de sistemas de servicios médicos integrados, de asociaciones de práctica independientes, de organizaciones de hospitales de médicos, de grupos médicos, de organizaciones de salud del comportamiento y de organizaciones o grupos similares de proveedores. Aetna paga a estas organizaciones y éstas, a su vez, reembolsan directamente al médico o al centro por los servicios prestados, por medio de distintos métodos. En dichos convenios, el grupo u organización cuenta con un incentivo financiero para controlar el costo de los servicios médicos.

Una de las finalidades del cuidado administrado es el de administrar el costo de los servicios médicos. Uno de los métodos de Aetna para cumplir con este objetivo es el de ofrecer incentivos en los acuerdos de remuneración con los médicos y los proveedores médicos.

### **MEJORA DE LA CALIDAD**

En algunas regiones, los médicos de familia (PCP) pueden recibir remuneración adicional basada en el desempeño en una variedad de medidas que tienen la finalidad de evaluar la calidad de la atención y los servicios que los médicos de familia le proporcionan a usted. Esta remuneración adicional se basa en puntajes recibidos en una o más de las siguientes medidas del consultorio del médico de familia:

- satisfacción de miembro,
- porcentaje de miembros que visita el consultorio por lo menos anualmente,
- revisiones de registros médicos,
- la carga de enfermedad de los miembros que han seleccionado al médico de familia,
- manejo de enfermedades crónicas como asma, diabetes e insuficiencia cardiaca congestiva,
- si el médico acepta pacientes nuevos, y
- la participación en el programa de reclamos de reembolso y referencias médicas electrónicas de Aetna.

Algunas regiones pueden usar medidas diferentes diseñadas para mejorar el funcionamiento del médico o la eficacia administrativa. Pregúntele a su médico u otro proveedor cómo se lo remunera por sus servicios

### **PAGO DE RECLAMOS PARA PROVEEDORES QUE NO PERTENECEN A LA RED Y USO DEL "SOFTWARE" DE RECLAMOS DE REEMBOLSO**

Si su plan provee cobertura para los servicios de proveedores que no pertenecen a la red, usted debe saber que Aetna determina la tarifa usual, de costumbre y razonable para un proveedor con datos publicados que reflejen el valor usual que se paga a la mayoría de los proveedores por un servicio dado en dicha área geográfica. Si no hay datos disponibles en el mercado, es posible que se base la determinación en los datos propios de Aetna. También es posible que Aetna utilice programas de computación (incluyendo *ClaimCheck*®) y otras herramientas para tener en cuenta distintos factores, como son la complejidad, cantidad de tiempo y la manera de facturar. Usted podrá ser responsable por el pago de todo monto que Aetna determine que no está cubierto bajo su plan.

### **REVISIÓN DE LA TECNOLOGÍA**

Aetna revisa las nuevas tecnologías médicas, procedimientos de la salud del comportamiento, productos farmacéuticos y dispositivos para determinar cuáles serán cubiertos por nuestros planes. Incluso investigamos los usos novedosos de las tecnologías existentes para ver si tienen potencial. Para revisar estas innovaciones, nosotros:

- Estudiamos la investigación médica y evidencia científica sobre la seguridad y eficacia de las tecnologías médicas.
- Consideramos las declaraciones de posición y normas de la práctica clínica de grupos médicos y gubernamentales, incluyendo la agencia federal para la investigación y calidad médica.
- Obtenemos las opiniones de los especialistas y expertos en la tecnología.
- Determinamos si las tecnologías son experimentales o de investigación.

Puede informarse más sobre las nuevas pruebas y tratamientos en nuestros Boletines de políticas clínicas. Puede encontrar los boletines en [www.aetna.com](http://www.aetna.com), bajo el menú "Members and Consumers" (miembros y consumidores).

### **SUS DERECHOS BAJO HIPAA SI PIERDE LA COBERTURA DE GRUPO**

La ley federal conocida como la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos de 1996 (HIPAA) protege la cobertura médica de los trabajadores y sus familias cuando cambian de trabajo o lo pierden. La ley de California establece una protección similar y adicional.

Si usted pierde su cobertura médica de grupo y reúne ciertos criterios, tendrá derecho a la compra de una cobertura médica individual (no de grupo) de cualquier plan médico que venda cobertura individual de beneficios de hospital, médicos o quirúrgicos. Todo plan médico que venda cobertura médica individual de estos beneficios debe ofrecer cobertura individual a las personas elegibles bajo HIPAA.

El plan médico no puede rechazar su solicitud si: usted es una persona elegible bajo HIPAA; usted acuerda a pagar las primas requeridas; y usted vive o trabaja dentro del área de servicio del plan.

Para ser considerada persona elegible bajo HIPAA, usted debe reunir los siguientes requisitos:

Usted debe tener 18 o más meses de cobertura comprobable sin lapsos de 63 días o más entre cualquiera de los períodos de cobertura comprobable o desde que su cobertura más reciente haya sido cancelada;

Su cobertura comprobable más reciente correspondió a un plan de grupo, del gobierno o de una Iglesia que ofrecía beneficios de hospital, médicos o quirúrgicos. (COBRA y Cal-COBRA son consideradas coberturas de grupo);

Su cobertura comprobable más reciente no fue cancelada debido a falta de pago de las primas o fraude;

Usted no tiene derecho a recibir cobertura bajo un plan médico de grupo, Medicare o Medicaid (Medi-Cal);

Usted no tiene otra cobertura de seguro médico; y

Usted ha elegido y agotado cualquier continuación de cobertura ofrecida bajo COBRA o Cal-COBRA.

Usted tiene que tomar decisiones importantes en un período de tiempo muy corto sobre las opciones que tiene disponible después de la cancelación de su cobertura médica de grupo. Lea detenidamente toda la información disponible sobre la cobertura HIPAA para poder entender plenamente las protecciones especiales de la cobertura HIPAA y hacer una comparación y decisión informada sobre las coberturas disponibles. Para obtener más información, sírvase llamar al número 1-800-756-7039.

Si usted cree que sus derechos bajo HIPAA han sido violados, debe comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada al número 1-888-HMO-2219, o visitar el sitio de Internet del Departamento en [www.hmoHELP.ca.gov](http://www.hmoHELP.ca.gov).

## **CONTINUACIÓN INDIVIDUAL DE BENEFICIOS**

Usted puede tener el derecho de convertir su cobertura a individual si ya no es elegible para su cobertura de grupo o si se inscribe en la continuación de cobertura de COBRA, Cal-COBRA o USERRA y luego pierde el derecho de recibir dicha cobertura. Consulte la Evidencia de Cobertura para leer los detalles y condiciones. Usted debe solicitar la conversión en el plazo de 63 días de la fecha de cancelación de su cobertura de grupo.

## **CANCELACIÓN POR PARTE DEL MIEMBRO**

Si un miembro elige una cobertura bajo un plan médico alternativo ofrecido por un grupo del empleador, la cobertura del miembro se cancelará automáticamente en la fecha y hora de vigencia de la cobertura alternativa.

Los miembros pueden cancelar la cobertura voluntariamente. La cobertura del miembro termina a la medianoche del último día del mes en el cual Aetna recibe notificación de su intención de cancelar su cobertura o del mes en que el miembro desea cancelarla.

## **BOLETINES DE LA POLÍTICA CLÍNICA (CPB)**

Los boletines de la política clínica de Aetna describen las decisiones de Aetna en su política con relación a si ciertos servicios o suministros son médicamente necesarios, basados en una revisión de información clínica disponible en el momento. Las decisiones clínicas sobre decisiones de cobertura individual se toman caso por caso de acuerdo con las políticas aplicables.

Los boletines de la política clínica de Aetna no constituyen consejo médico. Los proveedores tratantes son únicamente responsables por proporcionar consejo médico y tratamiento a los miembros. Los miembros deben hablar con su proveedor tratante sobre todo boletín de política clínica relacionado con su cobertura o condición.

Mientras que los boletines de la política clínica de Aetna son creados para prestar asistencia en la administración del plan médico, los mismos no constituyen una descripción de los beneficios del plan. Cada plan médico define qué servicios están cubiertos, cuáles están excluidos y cuáles están sujetos a límites en dólares u otros tipos de límites. Los miembros y sus proveedores necesitan consultar al plan médico del miembro para determinar si existen exclusiones u otras limitaciones de beneficios aplicables a este servicio o suministro.

Los boletines de la política clínica son actualizados periódicamente y, por lo tanto, están sujetos a cambios. Los boletines de la política clínica de Aetna están disponibles en Internet en [www.aetna.com](http://www.aetna.com).

## **PRECERTIFICACIÓN**

La precertificación es el proceso de recabar información de forma previa a una internación y la realización de procedimientos y servicios ambulatorios específicos. El proceso permite la verificación de elegibilidad de antemano, la determinación de la cobertura correspondiente y la comunicación con el médico y/o el miembro.

También permite que Aetna coordine la transición del paciente internado al siguiente nivel de atención (planificación de alta), o que se inscriba al paciente en programas especializados como por ejemplo, el manejo de enfermedades, manejo de casos o un programa de maternidad. En ciertos casos, se usa la precertificación como medio para informar a médicos, miembros y otros proveedores médicos sobre los programas y, terapias y tratamientos alternativos que son efectivos en función de los costos.

Ciertos servicios médicos, como por ejemplo la hospitalización o la cirugía ambulatoria, requieren la precertificación de Aetna para garantizar su cobertura. Cuando un miembro debe obtener servicios que requieren precertificación a través de un proveedor de la red, el proveedor debe precertificar los servicios antes del tratamiento. Si su plan cubre los servicios con autorreferencias médicas y usted se autorrefiere para los beneficios cubiertos, es su responsabilidad de contactar a Aetna para precertificar los servicios que lo requieran a fin de evitar una reducción de los beneficios pagados por dichos servicios.

### **REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL PLAN/SUPERVISIÓN DEL PACIENTE**

Aetna ha elaborado un programa de supervisión del paciente para asistir en la determinación de los servicios médicos que están cubiertos bajo el plan y la extensión de su cobertura. El programa lo asiste a usted para que reciba el cuidado adecuado de la salud, maximizando su cobertura para dichos servicios médicos. Usted puede evitar recibir una factura inesperada con una simple llamada al equipo de Servicios al Miembro de Aetna. Puede averiguar si su servicio de atención preventiva, prueba de diagnóstico u otro tratamiento es un beneficio cubierto, antes de recibir la atención médica, con una simple llamada al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación. En ciertos casos, Aetna revisa su solicitud para asegurarse de que el servicio o suministro sea compatible con las normas establecidas y esté incluido en su plan o sea un beneficio cubierto. Esto se conoce como "revisión de la administración de uso".

Nosotros seguimos reglas específicas con el fin de darle prioridad a su salud:

- Los empleados de Aetna no reciben su compensación de acuerdo con rechazos de cobertura.
- No fomentamos los rechazos de cobertura. De hecho, nuestro personal de revisión de uso está capacitado para centrarse en los riesgos de los miembros que no usan ciertos servicios adecuadamente.

Cuando corresponda, nuestro personal de revisión de la utilización/supervisión del paciente, utiliza directrices y recursos de reconocimiento nacional, como las guías *The Milliman Care Guidelines*® para los procesos de precertificación, revisión concurrente y revisión retrospectiva. Cuando ciertas funciones de revisión de la utilización/supervisión del paciente se delegan a sistemas de servicios médicos integrados, asociaciones de práctica independientes u otros grupos de proveedores ("delegados"), dichos delegados utilizan los criterios que consideren adecuados. Las políticas de revisión de utilización/supervisión del paciente podrán modificarse para cumplir con la ley estatal aplicable. Solamente los directores médicos tienen la facultad de tomar la decisión de negar cobertura para un servicio con el motivo de necesidad médica. Las cartas de denegación de cobertura para dichas decisiones deben especificar los criterios, normas y directrices con los que no se cumplió, y deben informar al proveedor y a usted sobre el proceso de apelación.

Para obtener más información sobre la administración de uso, puede solicitar una copia gratis de los criterios que usamos para tomar decisiones específicas sobre la cobertura comunicándose con Servicios al Miembro.

También puede visitar el sitio de Internet [www.aetna.com/about/cov\\_det\\_policies.html](http://www.aetna.com/about/cov_det_policies.html) para leer nuestros Boletines de política clínica y otras políticas de revisión de uso. Los médicos o profesionales de la salud que tienen preguntas sobre su cobertura pueden escribir o llamar a nuestro departamento de Supervisión del Paciente. La dirección y número de teléfono aparecen en su tarjeta de identificación.

### **REVISIÓN CONCURRENTE**

El proceso de revisión concurrente evalúa la necesidad de estadía prolongada, nivel y calidad de la atención médica para los miembros que reciban servicios de internación en centros médicos. Todos los servicios de internación que tengan una duración superior al período inicial de certificación requerirán una revisión concurrente.

### **PLANIFICACIÓN DEL ALTA**

La planificación de alta puede iniciarse en cualquier etapa del proceso de la supervisión del paciente y empieza inmediatamente cuando se identifiquen durante la precertificación o revisión concurrente, las necesidades que se producirán luego del alta. La planificación de alta puede incluir el comienzo de una variedad de servicios/beneficios que usted utilizará después de su alta.

## **REVISIÓN RETROSPECTIVA DE LOS EXPEDIENTES**

El propósito de la revisión retrospectiva es la de analizar los problemas que pueden surgir con relación a la calidad y a la utilización del plan, iniciar la acción de seguimiento médico adecuado para los problemas que surgieron, y de revisar todas las apelaciones de las decisiones de revisión concurrente de internación en un centro médico para la cobertura y pago de los servicios de atención médica. El esfuerzo de Aetna en la administración de los servicios prestados a los miembros incluye la revisión retrospectiva de los reclamos de reembolso y de los registros médicos que se presentan por inquietudes relativas a la potencial calidad y utilización.

## **SEGUNDA OPINIÓN**

Cuando lo solicita un miembro o un proveedor que pertenece a la red que está tratando a un miembro, Aetna autorizará una segunda opinión que proporcione un profesional médico adecuadamente calificado. Entre las razones para que se autorice la segunda opinión, están las siguientes:

- El miembro cuestiona la necesidad de los procedimientos quirúrgicos recomendados.
- El miembro cuestiona un diagnóstico o plan de tratamiento de una condición que podría resultar en la muerte, la pérdida de una extremidad, pérdida de una función corporal o una incapacitación sustancial, incluyendo, entre otros, una condición crónica grave.
- Si las indicaciones clínicas no son claras o son complejas y confusas, un diagnóstico está en duda debido a resultados de exámenes conflictivos o un profesional médico tratante no puede diagnosticar la condición y el miembro solicita un diagnóstico adicional.
- Si el plan de tratamiento en progreso no está mejorando la condición médica del miembro dentro del período de tiempo apropiado de acuerdo con el diagnóstico y plan de tratamiento, y el miembro solicita una segunda opinión sobre el diagnóstico o sobre la continuación del tratamiento.
- El miembro ha intentado seguir el plan de tratamiento o consultado con el proveedor inicial sobre inquietudes graves relativas al diagnóstico o plan de tratamiento.

Si un miembro o proveedor que pertenece a la red que está tratando al miembro solicita una segunda opinión, la autorización o denegación será provista rápidamente. Cuando la condición del miembro es tal que está enfrentando un peligro inminente y grave relativo a su salud, incluyendo, entre otros, la potencial pérdida de la vida, extremidad u otra función corporal mayor, o la falta de una respuesta oportuna que podría ser perjudicial para la habilidad del miembro de recuperar sus funciones máximas, la segunda opinión será autorizada o denegada de forma oportuna de acuerdo con la naturaleza de la condición del miembro sin exceder las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud por Aetna.

Para obtener más información sobre una segunda opinión, los miembros pueden comunicarse con Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

## **CONTINUACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DESPUÉS DE LA CANCELACIÓN DEL CONTRATO DEL PROVEEDOR**

A solicitud del miembro, Aetna se encargará de la continuación de servicios cubiertos provistos por un proveedor de la red cancelado a un miembro que está recibiendo un tratamiento de un proveedor de la red cancelado por una condición aguda, condición crónica grave, embarazo, enfermedad terminal, la atención de menores entre los 0 y 36 meses de edad y cirugías u otros procedimientos anteriormente programados. Para obtener más información sobre la continuidad de atención, comuníquese con Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

## **ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

Si usted necesita atención médica de emergencia, está cubierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier lugar del mundo. Una condición médica de emergencia es la que se manifiesta con síntomas agudos con una gravedad tal, que una persona prudente cualquiera, con un conocimiento general de salud y de medicina, puede razonablemente suponer que la ausencia de atención médica inmediata pondría su salud en grave peligro, o en el caso de una mujer embarazada, su salud y la de su bebé.

Cuando crea que necesita atención médica de emergencia, simplemente solicitamos que siga las pautas que se describen más abajo.

- Llame al número de teléfono de emergencias local (por ejemplo, 911) o diríjase al centro de emergencias más cercano. Si la demora no perjudicaría su salud, llame a su médico de familia (PCP) primero. Luego de haber recibido tratamiento, notifique a su PCP lo antes posible.
- Si lo internan en un centro médico, usted, o en su lugar, un familiar o un amigo, debe notificar a su PCP o a Aetna lo antes posible.

### **QUÉ HACER CUANDO SE ENCUENTRA FUERA DE SU ÁREA DE SERVICIO DE AETNA**

Si se encuentra de viaje fuera del área de servicio de Aetna o si es estudiante que esté en escuelas lejanas, está cubierto para atención médica de emergencia y de urgencia. La atención médica de urgencia puede obtenerse de un médico de práctica privada, una clínica de acceso libre, un centro de atención médica de urgencia o de un centro de emergencias. Ciertas condiciones, por ejemplo, vómitos intensos, dolores de oído, dolores de garganta o fiebre se consideran "atención médica de urgencia" fuera del área de servicio de Aetna y están cubiertas en cualquiera de los centros antes mencionados.

Si, después de analizar la información que nos presenta el proveedor que lo(a) atendió, la naturaleza de la urgencia o la emergencia no cumple con los requisitos de cobertura, es posible que solicitemos información adicional. Le enviaremos un Informe de Notificación de Sala de Emergencias (*Emergency Room Notification Report*) para que usted complete, o podrá brindar la información a un representante de Servicios al Miembro por teléfono.

### **SEGUIMIENTO MÉDICO DESPUÉS DE UNA EMERGENCIA**

Todo seguimiento médico debe ser coordinado por su PCP. El seguimiento médico de un proveedor que no pertenece a la red está cubierto solamente con una referencia médica de su PCP y la autorización previa de Aetna. Usted debe obtener una referencia médica antes de que pueda ser cubierto cualquier seguimiento médico tanto dentro o fuera del área de servicio de Aetna. Ejemplos de seguimiento médico son la retirada de puntos, yesos, toma de radiografías y visitas adicionales a la sala de emergencias o a una clínica.

### **ATENCIÓN DESPUÉS DE HORAS HÁBILES**

Usted puede llamar al consultorio del médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene preguntas o inquietudes médicas. También puede considerar visitar a un centro de atención médica urgente que pertenezca a la red.

### **MEDICAMENTOS BAJO RECETA Y LISTADO DE MEDICAMENTOS**

Si el plan comprado por su empleador o grupo incluye el plan de farmacia de cobertura de medicamentos bajo receta para pacientes ambulatorios, su beneficio de farmacia podría incluir un listado de medicamentos. El listado incluye los medicamentos bajo receta preferidos disponibles en su plan de beneficios de farmacia. El listado de medicamentos incluye una lista de los medicamentos bajo receta que, dependiendo de su plan de beneficios de farmacia, están cubiertos como medicamentos preferidos. Muchos medicamentos, incluyendo un número de los medicamentos del listado de medicamentos preferidos, están sujetos a contratos de descuentos entre Aetna y el fabricante de los medicamentos. Dichos descuentos no se reflejan en el monto que debe pagar el miembro por un medicamento bajo receta, ni lo reduce. Este listado es distribuido a los proveedores que pertenecen a la red y está sujeta a una revisión y modificación periódica por Aetna o un afiliado. A lo largo del año, El Comité de Farmacia y Terapia (P&T) puede evaluar nuevos medicamentos una vez que sean aprobados por la FDA y puede reevaluar los medicamentos del listado actual de acuerdo con información nueva debidamente revisada por los profesionales del campo, fabricantes y por la FDA. El Comité P&T revisa el listado completo por lo menos dos veces al año. El miembro puede solicitar una copia actualizada del Listado de medicamentos en cualquier momento.

Los medicamentos bajo receta médicamente necesarios, insulina, y suministros para el asma pediátrico (espaciador para inhalador, nebulizadores, incluyendo, máscaras faciales y tubos, así como medidores de la capacidad pulmonar máxima), para pacientes ambulatorios están cubiertos. El listado de medicamentos está sujeto a cambios a discreción de Aetna. Además, los medicamentos genéricos y de marca que no aparecen en el listado, están cubiertos de acuerdo con la sección de Limitaciones y exclusiones de la Cláusula de Medicamentos bajo receta y Certificado. La cobertura de estos medicamentos que no aparecen en el listado está sujeta a cambios de vez en cuando a discreción de Aetna. Algunos productos sólo están cubiertos si se obtiene una autorización previa de Aetna.

Las recetas médicas deben ser escritas por proveedores autorizados para recetar medicamentos bajo receta de leyenda federal de acuerdo con los términos, las políticas de Aetna y con la sección de "Limitaciones y exclusiones" descrita en la Cláusula de medicamentos bajo receta.

La cobertura de medicamentos bajo receta puede estar sujeta a autorización previa. Los artículos cubiertos por una Cláusula de medicamentos bajo receta están sujetos a una revisión de uso de medicamentos por Aetna y/o la farmacia del miembro que pertenece a la red.

El médico o la farmacia minorista o por correo del miembro que pertenece a la red puede solicitar la autorización previa de los medicamentos que aparecen en la lista de exclusiones del listado de medicamento o los medicamentos que requieren precertificación. Dichas solicitudes de autorización previa deben presentarse por el proveedor al Departamento de Precertificación del Departamento de Administración de Farmacia de Aetna Health. El Departamento de Administración de Farmacia responderá a las solicitudes de autorización previa en el plazo de 24 horas de haber recibido la solicitud u oportunamente de acuerdo con la naturaleza de la condición del inscrito. La cobertura de los medicamentos bajo receta que requieren precertificación deberá basarse en cada persona y la determinación y cobertura de cada caso de acuerdo con la necesidad médica no se aplicará ni extenderá a otros miembros.

La guía del listado de medicamentos contiene medicamentos que han sido revisados por el Comité de Farmacia y Terapia (P&T) de Aetna Health. El Comité P&T revisa la guía del listado completa por lo menos dos veces al año. El Comité P&T revisa la información desde el punto de vista de una variedad de fuentes, incluyendo revistas de profesionales del campo y otros materiales desarrollados independientemente. El Comité P&T utiliza esta información para evaluar periódicamente la eficacia terapéutica de los medicamentos bajo receta y los incluye en una de las siguientes tres categorías:

- Categoría I El medicamento representa un avance terapéutico importante.
- Categoría II El medicamento es terapéuticamente similar a otros productos disponibles.
- Categoría III El medicamento tiene desventajas marcadas en su seguridad o eficacia en comparación a otros productos similares.

Los medicamentos de la categoría I siempre están incluidos en el Listado de medicamentos y los medicamentos de la Categoría III no están incluidos en el Listado de medicamentos. En el caso de los medicamentos terapéuticamente similares de la Categoría II, AETNA selecciona los medicamentos que incluirá en el listado basados en las recomendaciones del Comité P&T, el precio del medicamento y otros factores.

Para solicitar una copia del Listado de medicamentos o información sobre la disponibilidad de un medicamento específico, llame al número 1-888-792-8742. También puede obtener el Listado de medicamentos en el sitio de Internet [www.aetna.com/formulary/](http://www.aetna.com/formulary/). Recuerde que el hecho de que un medicamento aparezca en el Listado de medicamentos no garantiza que el miembro recibirá una receta para obtener el medicamento recetado por su proveedor por una condición médica particular.

Para solicitar una copia del Listado de salud de Aetna o información sobre la disponibilidad de un medicamento específico, llame al número 1-888-792-8742 (TDD 1-800-501-9863 sólo para las personas con impedimentos auditivos) o puede obtenerlo en el sitio de Internet [www.aetna.com](http://www.aetna.com). (Haga clic en "members" y luego en "prescription plans" para obtener la información sobre el Listado.)

Recuerde que el hecho de que un medicamento aparezca en el Listado de medicamentos no garantiza que el miembro recibirá una receta para obtener el medicamento recetado por su proveedor por una condición médica particular.

#### **SUMINISTROS PARA EL ASMA PEDIÁTRICO**

Los siguientes suministros para el asma pediátrica están cubiertos si son médicamente necesarios si lo receta u ordena un médico que pertenece a la red sólo en las farmacias minoristas o farmacia por correo. El miembro debe pagar un copago separado por cada artículo.

1. Espaciadores para inhalador.
2. Nebulizadores, máscaras faciales y tubos.
3. Medidores de la capacidad pulmonar máxima.

En caso de emergencia, o cuando el miembro esté viajando fuera del área de servicio del HMO de Aetna, las recetas de los puntos 1 y 2 de arriba serán cubiertos incluso si se obtienen en una farmacia minorista que no pertenece a la red.

Los miembros deben hablar con su médico tratante si tienen preguntas sobre ciertos medicamentos.

#### **SERVICIOS AL MIEMBRO**

Para presentar una queja o apelación, obtener información adicional relativo a los copagos y otros costos, obtener información sobre los beneficios, obtener copias de los documentos del plan, obtener información sobre como presentar un reclamo o cualquier otra pregunta, puede comunicarse con Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación, o nos puede enviar un e-mail desde su sitio de Internet seguro, *Aetna Navigator*, en [www.aetna.com](http://www.aetna.com). Haga clic sobre "Contact Us" después de ingresar.

## **INTÉRPRETE/PERSONAS CON IMPEDIMENTOS AUDITIVOS**

Si requiere la asistencia de un representante de Aetna, llámenos en horario de oficina al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. Nuestros representantes pueden:

- Responder preguntas sobre beneficios.
- Ayudarle a obtener referencias médicas.
- Encontrar servicios médicos fuera de su área.
- Informarle sobre cómo presentar quejas y apelaciones.
- Comunicarlo con los servicios de la salud del comportamiento (si están incluidos en su plan).
- Encontrar información médica específica.
- Proporcionar información sobre nuestro Programa para el mantenimiento de la calidad, que evalúa la calidad continua de nuestros servicios.

Línea directa multilingüe: 1-888-982-3862

*(Tenemos 140 idiomas disponibles. Debe pedir un intérprete.)*

*TDD 1-800-628-3323 (sólo para personas con impedimentos auditivos)*

## **MIEMBROS ANALFABETOS Y CON NECESIDADES ESPECIALES**

Aetna reconoce que puede tener miembros analfabetos y los ayuda proporcionándoles, a su solicitud, materiales de mercadeo grabados. Los representantes de mercadeo ofrecen reuniones de administración de beneficios de grupo de los empleadores en las oficinas del empleador y ayudan a los miembros con necesidades especiales a entender y llenar su información de beneficios. Servicios al Miembro tiene un número sin cargo 1-800-628-3321 de retransmisión de teletipos para ayudar a los miembros con impedimentos auditivos.

## **DONACIÓN DE ÓRGANOS**

Todos los años miles de personas en los Estados Unidos mueren en espera de un transplante de órganos que podría salvar su vida. Por cada 55 personas que reciben un órgano donado, 10 mueren esperando los órganos que nunca reciben. La necesidad de órganos donados es crítica.

Un donante puede ayudar hasta 50 personas que necesitan órganos o tejidos. La aptitud médica para donar es determinada al momento de morir y la familia del donante debe dar su consentimiento. Desafortunadamente, muchas familias no consienten debido a que no conocían los deseos de su ser querido.

Si desea ser un donante de órganos, por favor siga estos pasos:

1. Indique su interés en ser un donante de órganos o tejidos en su licencia de conducir (pida información a un representante de servicio del departamento de vehículos motorizados al tomarse la fotografía para su licencia de conducir).
2. Lleve en su billetera una tarjeta de donante de órganos. (Llame a la Coalición de Donaciones al número 1-800-355-SHARE para obtener un folleto gratis sobre la donación y una tarjeta de donante.)
3. Lo más importante, hable sobre su decisión con sus familiares y seres queridos.

Aetna se enorgullece de ser asociado de la *California Transplant Donor Network* o CTDN (Red de Donantes para Transplantes de California) en su misión de informar al público sobre la donación de órganos y tejidos y vincular a los donadores potenciales de órganos y tejidos a las personas que están en espera de un transplante de órganos y tejidos.

## **ESTOS SON LOS DATOS: INVALIDEZ DE ALGUNOS MITOS COMUNES SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS**

- La decisión de ser un donante de órganos no afecta la calidad de la atención médica que va a recibir.
- La donación no desfigura el cuerpo ni interfiere con los planes funerales, incluyendo los servicios de ataúd abierto.
- De acuerdo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., todas las organizaciones religiosas predominantes aprueban la donación de órganos y la consideran un acto de caridad.
- Todos pueden decidir ser donantes de órganos o tejidos. Las personas de todas las edades e incluso las personas con condiciones médicas pueden donar tejidos, por ejemplo, córneas o válvulas cardíacas.

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO**

Usted tiene derecho de recibir una copia de nuestra declaración de los Derechos y responsabilidades del miembro. Usted puede obtener esta información en Internet en <http://www.aetna.com/about/MemberRights/>. También puede obtener una copia impresa llamando a Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

## **PROGRAMAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CALIDAD**

Llame a Aetna para informarse sobre los esfuerzos de calidad específicos que tenemos implementados en su área local. Pida a Servicios al Miembro el número de teléfono de la oficina para el Mantenimiento de la calidad de su región. Si desea información sobre el Programa para el mantenimiento de la calidad de la salud del comportamiento de Aetna, pida a Servicios al Miembro el número de teléfono de la Oficina para el Mantenimiento de la Calidad de su Centro de Mantenimiento de la Salud.

## **AVISO DE PRIVACIDAD**

Aetna considera que la información personal es confidencial y cuenta con políticas y procedimientos para protegerlo contra el uso y la divulgación ilegal. "Información personal" se refiere a la información del miembro relacionada con su salud o condición médica, física o mental, la prestación de atención médica y el pago por estas prestaciones. La información personal no incluye información pública o información disponible o proporcionada de manera resumida o acumulada y que no lo identifique a usted.

Cuando es necesario o apropiado para el cuidado o tratamiento del miembro, la operación de nuestros planes médicos, o para llevar a cabo otras tareas pertinentes, usamos la información personal internamente, la compartimos con nuestras afiliadas y la revelamos a los proveedores médicos (médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de salud), pagadores (organizaciones de proveedores de salud, empleados que patrocinan planes médicos autofinanciados o que comparten la responsabilidad del pago de beneficios, y otros que puedan ser económicamente responsables por el pago de servicios o beneficios que usted reciba bajo el plan), otras aseguradoras, terceros administradores, proveedores de suministros, consultores, autoridades gubernamentales, y sus agentes respectivos. Dichas partes deben mantener la confidencialidad de la información personal, según lo disponga la ley aplicable. Se exige a los proveedores de la red que brinden acceso al miembro a sus registros médicos dentro de un plazo razonable a partir de su solicitud.

Algunas de las maneras en que se utiliza la información personal incluyen el pago de reclamos de reembolso, revisión de utilización y manejo, revisiones de necesidad médica, coordinación de cuidado y beneficios, atención médica preventiva, detección temprana, manejo de casos y enfermedades, evaluación de calidad y actividades de mejora, actividades de auditoría y contra el fraude, medición del desempeño profesional y evaluación de resultados, análisis e informes de reclamos de reembolso de atención médica, investigación sobre servicios médicos, gestión de datos y sistemas de información, cumplimiento de exigencias legales y reguladoras, gestión del listado, procesos de litigación, transferencia de pólizas o contratos de y a otras aseguradoras, HMOs y administradores externos terceros, actividades de suscripción y actividades de diligencia debida en conexión con la compra o venta de parte o toda nuestra empresa. Consideramos que estas actividades son claves para la operación de nuestros planes médicos. Dentro de lo que permite la ley, utilizamos y divulgamos la información personal según se dispone más arriba sin el consentimiento del miembro. Sin embargo, reconocemos que muchos miembros no desean recibir materiales de mercadeo no solicitados que no tengan relación con sus beneficios médicos. No divulgamos la información personal para los fines de mercadeo sin el consentimiento del miembro. También tenemos políticas para cuando usted está impedido de dar su consentimiento.

Para obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, el que describe con más detalles nuestras prácticas con relación al uso y a la divulgación de información personal, por favor, escriba al Departamento de Servicios de Apoyo Legal de Aetna a: Aetna Legal Support Services Department, 151 Farmington Avenue, W121, Hartford, CT 06156. Usted también puede visitar nuestro sitio de Internet en [www.aetna.com](http://www.aetna.com). Usted puede ir directamente al aviso de prácticas de privacidad seleccionando el enlace "Privacy Notices" (prácticas de privacidad) que aparece en la parte inferior de la página y seleccionar el enlace que corresponde a su plan específico.

## **LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS**

Se proporciona la siguiente información con el fin de informarle a usted sobre ciertas disposiciones contenidas en el plan médico de grupo, y sobre los procedimientos pertinentes que usted puede utilizar de acuerdo con la Ley Federal.

### **Derechos de inscripción especial**

Si usted rehusó la inscripción para usted o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge) porque contaban con cobertura bajo otro plan médico u otro seguro médico de grupo, usted y sus dependientes se podrán inscribir en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o el empleador dejara de efectuar los aportes para dicha cobertura). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después que se haya vencido la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después que el empleador dejara de efectuar los aportes para dicha cobertura). Además, si usted tiene un nuevo dependiente como consecuencia de casamiento, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted y sus dependientes se podrán inscribir en este plan. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después casamiento, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su administrador de beneficios médicos.

### **Cómo solicitar un certificado de cobertura comprobable**

Los miembros de patrocinadores de planes asegurados o los miembros de patrocinadores de planes autoasegurados que han contratado con nosotros para proporcionar Certificados de cobertura previa de salud, tienen la opción de solicitar un certificado. Esto aplica a usted si ha sido un miembro cancelado, y aplica a los miembros que están actualmente activos pero quisieran un certificado para verificar su estado. Los miembros cancelados pueden solicitar un certificado por hasta 24 meses después de su cancelación. Los miembros activos pueden solicitar un certificado en cualquier momento. Para solicitar un Certificado de cobertura previa de salud, por favor comuníquese con Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

## **AVISO: LAS DISPUTAS QUE SURJAN A PARTIR DE LA MEMBRESÍA DEL PLAN SERÁN RESUELTAS MEDIANTE ARBITRAJE VINCULANTE.**

A SU SOLICITUD, LE PROPORCIONAREMOS UNA DECLARACIÓN DE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE AETNA SOBRE LA CONSERVACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SU HISTORIA MÉDICA.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS DE ESTE PLAN LLAME AL NÚMERO 1-800-756-7039.

Si necesita este documento en otro idioma, por favor llame a Servicios al Miembro al 1-888-982-3862.

Los planes de beneficios médicos son ofrecidos por: Aetna Health of California Inc. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. La participación de un proveedor puede cambiar sin aviso. Aetna no proporciona atención médica ni garantiza acceso a servicios médicos. Esta información está sujeta a cambios.

El Sello de Acreditación por NCQA es un símbolo de calidad reconocido. El sello, que aparece en la portada de su listado de proveedores, significa que su plan ha ganado esta acreditación por el servicio y la calidad clínica que cumple con o excede las exigencias rigurosas de NCQA para la mejora de calidad y protección al consumidor. El número de estrellas sobre el sello representa el nivel de acreditación que ha alcanzado el plan.

Los proveedores que debidamente han sido reconocidos según los programas de reconocimiento de NCQA son anotados en la sección de listados de proveedores de este directorio. Los proveedores alcanzan este reconocimiento al someter los datos que demuestran que están proporcionando atención médica de calidad. El programa constantemente evalúa las medidas claves que fueron cuidadosamente definidas y examinadas con relación a la atención médica. Los reconocimientos a proveedores por la NCQA están sujetos a cambios. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. La participación de un proveedor puede cambiar sin aviso. Aetna no proporciona atención médica ni garantiza acceso a servicios médicos. Para obtener información actualizada, visite *DocFind*<sup>®</sup>, nuestro listado de proveedores en Internet en [www.aetna.com](http://www.aetna.com) o, si corresponde, visite el nuevo listado de reconocimiento de alto nivel de NCQA en <http://web.ncqa.org/tabid/58/Default.aspx>.



# Table of Contents

Important Disclosure Information .....	XXV
Spanish Version .....	I
Participating Hospitals .....	2
Primary Care Physicians .....	4
Obstetricians and Gynecologists/Women's Health Specialists .....	8
Specialists .....	10
Behavioral Health Providers .....	16
Other Participating Providers .....	18
Index of Providers .....	22

For up-to-date listings, visit our DocFind® online provider directory at [www.aetna.com](http://www.aetna.com). Contact Member Services either online or at the toll-free number on your ID card with questions about selecting or changing a provider or PCP. In California, the effective date of a PCP change will be the 1st or 15th of the month or, if you are in an active course of treatment, coordinated with your old and new PCP.

Health benefits plans are offered by: Aetna Health of California Inc. For self-funded accounts, benefits coverage is offered by your employer, with administrative services only provided by Aetna Life Insurance Company.

## **Provider Limitations or Restrictions on Certain Covered Services**

Some hospitals and other providers do not provide one or more of the following services that may be covered under your plan contract 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 the health plan at the Members Services number on your ID card to ensure that you can obtain the health care services that you need.

**HMO and QPOS® Members**  
**AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC (AETNA)**  
*Vitalidad México con Aetna<sup>SM</sup>*  
2625 SHADELANDS DRIVE  
WALNUT CREEK, CA 94598

**IMPORTANT CONSUMER DISCLOSURE INFORMATION**

THIS DISCLOSURE FORM IS A SUMMARY ONLY. THE EVIDENCE OF COVERAGE CONTAINS THE TERMS AND CONDITIONS OF COVERAGE AND SHOULD BE CONSULTED TO DETERMINE GOVERNING CONTRACTUAL PROVISIONS.

PLEASE READ THIS DISCLOSURE FORM FULLY AND CAREFULLY. IT CONTAINS IMPORTANT INFORMATION YOU SHOULD KNOW BEFORE YOU ENROLL. INDIVIDUALS WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS SHOULD CAREFULLY READ THOSE SECTIONS THAT APPLY TO THEM.

THE EVIDENCE OF COVERAGE DISCLOSES THE TERMS AND CONDITIONS OF COVERAGE. YOU HAVE THE RIGHT TO VIEW THE EVIDENCE OF COVERAGE BEFORE YOU ENROLL. YOU MAY REQUEST A SPECIMEN COPY OF THE EVIDENCE OF COVERAGE FROM YOUR EMPLOYER GROUP OR BY CONTACTING AETNA AT 1-888-257-3241.

THE INFORMATION WHICH FOLLOWS PROVIDES GENERAL INFORMATION REGARDING AETNA HEALTH® PLANS. YOU SHOULD REFER TO YOUR SPECIFIC PLAN DOCUMENTS FOR ADDITIONAL INFORMATION REGARDING THE OPERATION OF YOUR PLAN. ADDITIONAL IMPORTANT INFORMATION REGARDING:

- YOUR PRIMARY CARE PHYSICIAN (PCP),
- PARTICIPATING PROVIDERS
- REFERRALS AND AUTHORIZATION,
- REQUESTING CONTINUITY OF CARE OR STANDING REFERRALS,
- FACILITIES, AND
- GRIEVANCE PROCEDURES
- MAY BE FOUND IN THE SAMPLE EVIDENCE OF COVERAGE (EOC) WHICH WILL BE PROVIDED TO YOU UPON REQUEST.
- INFORMATION ABOUT HOW AETNA DETERMINES MEDICAL NECESSITY MAY BE FOUND AT THE BEGINNING OF THE "COVERED BENEFITS" SECTION OF THE SAMPLE EOC.

IN CASES WHERE THERE IS A CONFLICT BETWEEN THE GROUP CONTRACT AND THE EOC, THE EOC WILL PREVAIL.

YOU CAN FIND ADDITIONAL INFORMATION, INCLUDING PROVIDER DIRECTORIES, THE PRESCRIPTION DRUG FORMULARY, COVERAGE POLICY BULLETINS AND OTHER IMPORTANT INFORMATION, AT OUR WEBSITE, [WWW.AETNA.COM](http://WWW.AETNA.COM). YOU CAN CONTACT THE CALIFORNIA DEPARTMENT OF MANAGED CARE AT [HTTP://WWW.HMOHELP.CA.GOV](http://WWW.HMOHELP.CA.GOV)

## **PRINCIPAL BENEFITS AND COVERAGES**

Benefits are provided for many of the medically necessary services and supplies needed for care and treatment of sickness and injuries or to maintain good health. Not all services and supplies are covered, some are covered only to a limited extent and some require precertification and referrals. Aetna referred benefits must be provided by or accessed through your selected primary care physician. Principal Services and Supplies for which benefits are provided include:

- Primary care physician (PCP) benefits for: Office and hospital visits; Periodic health evaluations, including well child care, immunizations, routine physical examinations, routine gynecological examinations, and routine hearing and vision screening; Injections, including allergy desensitization injections; casts and dressings; and health education counseling and information.
- Diagnostic, laboratory and x-ray services.
- Specialist physician visits including outpatient and inpatient services.
- Direct access specialists visits for: routine gynecological visits and for diagnosis and treatment of gynecological problems; and routine eye examinations.
- Maternity care and related newborn care.
- Inpatient hospital and skilled nursing facility care.
- Non-experimental and non-investigational transplants.
- Outpatient surgery.
- Substance abuse care (inpatient/outpatient services for detoxification).
- Mental health care for serious mental illness and serious emotional disturbances of a child.
- Emergency and urgent care services.
- Outpatient rehabilitation services including: cardiac and pulmonary rehabilitation; and cognitive, physical, occupational, and speech therapy.
- Home health and hospice care.
- Prosthetic and orthotic appliances.
- Mastectomy and reconstructive breast surgery.
- Other reconstructive surgery.
- Limited general anesthesia for dental procedures.
- Diabetes treatment
- Phenylketonuria care.
- Temporomandibular joint syndrome procedures, except dental procedures.
- Covered Services and Supplies in connection with Clinical Cancer Trials.

Eligibility, covered benefits, medical necessity, precertification, concurrent review, retrospective record review and all other terms and conditions of your health plan are determined at the discretion of Aetna Health (or its designee). This means that some services recommended by your health professional may not be deemed covered benefits as determined by Aetna Health. Determinations are subject to review by the Department of Managed Health Care and under certain circumstances may be eligible for independent medical review also.

## **PRINCIPAL EXCLUSIONS AND LIMITATIONS ON BENEFITS**

### **EXCLUSIONS**

The following is a list of services and supplies that are generally not covered.

- Cosmetic surgery.
- Custodial care.
- Dental care and dental x-rays.
- Donor egg retrieval.
- Experimental and investigational procedures. Please see the section Complaints And Appeals/Independent Medical Review, for information regarding your right to appeal and independent medical review for claims denied because they are considered experimental and investigational.

- Hearing aids.
- Home births.
- Implantable drugs and certain injectable drugs including injectable infertility drugs unless specifically listed as covered in the Evidence of Coverage.
- Infertility services including artificial insemination and advanced reproductive technologies such as IVF, ZIFT, GIFT, ICSI and other related services unless specifically listed as covered in the Evidence of Coverage.
- Non-medically necessary services and supplies.
- Orthotics, except as specified in the Evidence of Coverage.
- Outpatient prescription drugs and over-the-counter medications and supplies.
- Radial keratotomy and related procedures.
- Reversal of sterilization.
- Special duty nursing.
- Rehabilitation Therapies when member no longer shows measurable progress.
- Treatment of behavioral disorders, except severe mental illness for members of all ages and serious emotional disturbances of a child.

#### **LIMITATIONS**

If two or more alternative medical services which in the sole judgment of Aetna are equivalent in quality of care, Aetna reserves the right to provide coverage only for the least costly medical service. Determination by Aetna that two or more alternative medical services are equivalent is a decision regarding medical necessity and therefore subject to Independent Medical Review. Please see the section Complaints And Appeals/Independent Medical Review, for information regarding your right to appeal and to independent medical review for claims denied, limited or delayed due to medical necessity. Determinations regarding eligibility for benefits, coverage for services, benefit denials and all other terms of the Evidence of Coverage are at the discretion of Aetna.

**SOME HOSPITALS AND OTHER PROVIDERS DO NOT PROVIDE ONE OR MORE OF THE FOLLOWING SERVICES THAT MAY BE COVERED UNDER YOUR PLAN CONTRACT 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 treatment.
- Abortion.

**YOU SHOULD OBTAIN MORE INFORMATION BEFORE YOU ENROLL. CALL YOUR PROSPECTIVE DOCTOR, MEDICAL GROUP, INDEPENDENT PRACTICE ASSOCIATION, OR CLINIC TO ENSURE THAT YOU CAN OBTAIN THE HEALTH CARE SERVICES THAT YOU NEED. PLEASE CALL MEMBER SERVICES AT 1-888-982-3862 FOR MORE INFORMATION ABOUT YOUR PLAN.**

#### **PREPAYMENT FEES**

Members are responsible for any copayments, coinsurance and deductibles for covered services. These obligations are paid directly to the provider or facility at the time the service is rendered. Copayment, coinsurance and deductible amounts are listed in your benefits summary and plan documents.

#### **OTHER CHARGES**

If your plan does not specifically cover self-referred or out-of-network benefits and you go directly to a specialist or hospital for non-emergency or non-urgent care without a referral, you must pay the bill yourself unless the service is specifically identified as a direct access benefit in the Evidence of Coverage.

## **CHOICE OF PHYSICIANS AND PROVIDERS**

PLEASE READ THE FOLLOWING INFORMATION SO YOU WILL KNOW FROM WHOM OR WHAT GROUP OF PROVIDERS HEALTH CARE MAY BE OBTAINED.

*Your health care plan utilizes the SIMNSA provider network. Throughout this Disclosure Brochure, references to "Participating Providers", or "network" refer to providers and facilities in the SIMNSA Network.*

*Providers may be contracted with Aetna Health under a different network, but are non-participating providers in relation to the Vitalidad México con Aetna<sup>SM</sup>. Throughout this Disclosure Brochure references to "Non-participating Providers" refers to providers and facilities not included in the Vitalidad México con Aetna<sup>SM</sup>.*

### **ROLE OF PRIMARY CARE PHYSICIANS ("PCPS")**

For most HMO plans, members are required to select a PCP who participates in the network. The PCP can provide primary care as well as coordinate your overall care.

Members should consult their PCP when they are sick or injured to help determine the care that is needed. Your PCP should issue referrals to participating specialists and facilities for certain services. For some services, your PCP is required to obtain prior authorization from Aetna. Except for plans that include benefits for nonparticipating provider services (QPOS), or in an emergency, members will need to obtain a referral authorization ("referral") from their PCP before seeking covered nonemergency specialty or hospital care. Check your plan documents for details.

Certain PCPs are affiliated with integrated delivery systems, independent practice associations ("IPAs") or other provider groups, and members who select these PCPs will generally be referred to specialists and hospitals within that system, association or group. However, if your medical needs extend beyond the scope of the affiliated providers, you may request coverage for services provided by non-affiliated network physicians and facilities. In order to be covered, services provided by non-affiliated network providers may require pre-approval from Aetna Health and/or the integrated delivery systems or other provider groups.

To find a primary care physician (PCP), go to our online provider directory, DocFind<sup>®</sup> located at <http://www.aetna.com/docfind>. DocFind is available 24 hours a day, 7 days a week and is updated three times a week. With DocFind's easy to use format, you can search for a provider online by name, specialty, gender and/or hospital affiliation. A printed directory is also available upon request.

*When searching for information about the providers in your network, click on the link to Vitalidad México con Aetna<sup>SM</sup> on the DocFind home page. The network name will also appear on your ID card.*

### **REFERRAL POLICY**

The following points are important to remember regarding referrals:

- The referral is how the member's PCP arranges for a member to be covered for necessary, appropriate specialty care and follow-up treatment.
- The member should discuss the referral with their PCP to understand what specialist services are being recommended and why.
- If the specialist recommends any additional treatments or tests that are covered benefits, the member may need to get another referral from their PCP prior to receiving the services. If the member does not get another referral for these services, the member may be responsible for payment.
- Except in emergencies, all hospital admissions and outpatient surgery require a prior referral from the member's PCP and prior authorization by Aetna.
- If it is not an emergency and the member goes to a doctor or facility without a referral, the member must pay the bill.
- Referrals are valid for 60 days as long as the individual remains an eligible member of the plan.
- In plans without out-of-network benefits, coverage for services from non-participating providers requires prior authorization by Aetna in addition to a special non-participating referral from the PCP. When properly authorized, these services are fully covered, less the applicable cost-sharing.
- The referral provides that, except for applicable cost sharing, the member will not have to pay the charges for covered benefits, as long as the individual is a member at the time the services are provided.

## **DIRECT ACCESS**

Under QPOS plans a member may directly access nonparticipating providers without a PCP referral, subject to cost sharing requirements. Even so, you may be able to reduce your out-of-pocket expenses considerably by using participating providers. Refer to your specific plan brochure for details. If your plan does not specifically cover self-referred or nonparticipating provider benefits and you go directly to a specialist or hospital for non-emergency or non-urgent care without a referral, you must pay the bill yourself unless the service is specifically identified as a direct access benefit in your plan documents.

## **DIRECT ACCESS OB/GYN PROGRAM**

This program allows female members to visit any participating obstetrician or gynecologist for a routine well-woman exam, including a Pap smear, and for obstetric or gynecologic problems. Obstetricians and gynecologists may also refer a woman directly to other participating providers for covered obstetric or gynecologic services. All health plan preauthorization and coordination requirements continue to apply. If your Ob/Gyn is part of an Independent Practice Association (IPA), a Physician Medical Group (PMG), an Integrated Delivery System (IDS) or a similar organization, your care must be coordinated through the IPA, the PMG or similar organization and the organization may have different referral policies.

## **HEALTH CARE PROVIDER NETWORK**

Certain PCPs are affiliated with integrated delivery systems, independent practice associations ("IPAs") or other provider groups, and members who select these PCPs will generally be referred to specialists and hospitals within that system, association or group. However, if your medical needs extend beyond the scope of the affiliated providers, you may request coverage for services provided by non-affiliated network physicians and facilities. In order to be covered, services provided by non-affiliated network providers may require prior authorization from Aetna and/or the integrated delivery systems or other provider groups.

Members should note that other health care providers (e.g. specialists) may be affiliated with other providers through systems, associations or groups. These systems, associations or groups ("organization") or, their affiliated providers may be compensated by Aetna through a capitation arrangement or other global payment method. The organization then pays the treating provider directly through various methods. Members should ask their provider how that provider is being compensated for providing health care services to the member and if the provider has any financial incentive to control costs or utilization of health care services by the member.

## **ADVANCE DIRECTIVES**

An advance directive is a legal document that states your wishes for medical care. It can help doctors and family members determine your medical treatment if, for some reason, you can't make decisions about it yourself.

There are three types of advance directives:

- Living will - spells out the type and extent of care you want to receive.
- Durable power of attorney - appoints someone you trust to make medical decisions for you.
- Do-not-resuscitate order - states that you don't want to be given CPR if your heart stops or if you stop breathing. You can create an advance directive in several ways:
  - Get an advance medical directive form from a health care professional. Certain laws require health care facilities that receive Medicare and Medicaid funds to ask all patients at the time they are admitted if they have an advance directive. You don't need an advance directive to receive care. But we are required by law to give you the chance to create one.
  - Ask for an advance directive form at state or local offices on aging, bar associations, legal service programs, or your local health department.
  - Work with a lawyer to write an advance directive.
  - Create an advance directive using computer software designed for this purpose.

Advanced Directives and Do Not Resuscitate Orders. American Academy of Family Physicians, March 2005.  
(Available at <http://familydoctor.org/003.xml?printxml>)

## **TRANSPLANTS AND OTHER COMPLEX CONDITIONS**

Our National Medical Excellence Program<sup>®</sup> and other specialty programs help eligible members access covered treatment for transplants and certain other complex medical conditions at participating facilities experienced in performing these services. Depending on the terms of your plan of benefits, members may be limited to only those facilities participating in these programs when needing a transplant or other complex condition covered.

## **BEHAVIORAL HEALTH NETWORK**

Behavioral health care services are managed by Aetna. Aetna is responsible for, in part, making initial coverage determinations and coordinating referrals to providers. As with other coverage determinations, you may appeal adverse behavioral health care coverage determinations in accordance with the terms of your health plan.

The type of behavioral health benefits available to you depends upon the terms of your health plan. If your health plan includes behavioral health services, you may be covered for mental health conditions and/or drug and alcohol abuse services. You can determine the type of behavioral health coverage available under the terms of their plan by calling the Aetna Member Services number listed on your ID card.

If you have an emergency, call 911 or your local emergency hotline, if available. For routine services, you may access covered behavioral health services available under your health plan by the following methods:

- Call the toll-free Behavioral Health number (where applicable) on your ID card or, if no number is listed, call the Member Services number on your ID card for the appropriate information.
- Where required by your plan, call your PCP for a referral to the designated behavioral health provider group.
- When applicable, an employee assistance or student assistance professional may refer you to your designated behavioral health provider group.

You can access most outpatient therapy services without a referral or pre-authorization. However, you should first consult with Member Services to confirm that any such outpatient therapy services do not require a referral or pre-authorization.

### **Behavioral Health Provider Safety Data Available**

For information regarding our Behavioral Health provider network safety data, please go to [www.aetna.com](http://www.aetna.com) and review the quality and patient safety links posted: <http://www.aetna.com/docfind/quality.html#jcaho>. You may select the quality checks link for details regarding our providers' safety reports.

## **BEHAVIORAL HEALTH PREVENTION PROGRAMS**

Aetna Behavioral Health offers two prevention programs for our members: Perinatal Depression Education, Screening and Treatment Referral Program also known as "Mom's to Babies Depression Program" and Identification and Referral of Adolescent Members Diagnosed With Depression Who Also Have Co-morbid Substance Abuse Needs. For more information on either of these prevention programs and how to use the programs, ask Member Services for the phone number of your local Care Management Center.

## **REIMBURSEMENT PROVISIONS**

The "Claims Procedures" section of the EOC explains how the Aetna complies with Federal Department of Labor (DOL) regulations for claim determinations and appeals, (CFR 29 2560). Additional California-specific information regarding complaints and appeals is provided in the Complaints and Appeals and Independent Medical Review sections which follow. The DOL Regulations define a claim as occurring whenever you or your authorized representative:

- requests pre-authorization as required by the plan;
- requests a referral as required by the plan from a Participating Provider;
- requests payment for services or treatment; or
- requests concurrent or retrospective utilization review.

If you receive a bill for covered benefits, the bill must be submitted promptly to Aetna for payment.

Send the itemized bill for payment with your identification number clearly marked to the address shown on your ID card, within 90 days of the date the covered benefit was received, unless it is not reasonably possible to do so. To be eligible for consideration as a covered benefit, the bill for any service or supply sought or received by you must be submitted to and received by Aetna no later than 12 months after the date the service was provided unless it can be shown that it was not reasonably possible to submit the bill and that the bill was submitted as soon as was reasonably possible.

Aetna will make a decision on the claim. For urgent care claims and pre-service claims, Aetna will send you a written notification of the determination.

## **FACILITIES**

Participating provider offices and other health care facilities can be located through DocFind or by calling 1-800-756-7039.

## **RENEWAL PROVISIONS**

The initial term of the plan is usually for a period of one year. Each subsequent term will be for a period of one year unless the plan terminates as provided for in the group agreement. Aetna may change premiums under the plan as of any renewal date upon 30 days prior written notice.

Benefits may be modified during the term of the plan as specifically provided under the terms of the group agreement or upon renewal. If benefits are modified, the revised benefits (including any reduction in benefits or elimination of benefits) apply for services or supplies furnished on or after the effective date of the modification. There is no vested right to receive the benefits of the plan.

## **ELIGIBILITY**

References to "spouses" and "dependents" also include Domestic Partners and dependents of Domestic Partners. Verification of domestic partnership will only be required if the plan requests verification of marital status or dissolution of marriage for all plan members.

## **INDIVIDUAL CONTINUATION OF BENEFITS**

Members may be entitled to continue coverage under certain circumstances when coverage would otherwise terminate. The Federal law pertaining to this continuation of benefits is the Consolidated Omnibus Reconciliation Act ("COBRA"). COBRA applies to employers with twenty (20) or more eligible employees. The California state law is the California Benefits Replacement Act ("Cal-COBRA"). Cal-COBRA applies to California small employers with fewer than twenty (20) eligible employees. Many of the provisions of COBRA and Cal-COBRA are the same.

COBRA and Cal-COBRA continuation coverage give employees and their dependents whose group plan would otherwise end the opportunity to continue the same group plan for a period of time, usually 18, 29 or 36 months for COBRA; 36 months for Cal-COBRA. Members who have exhausted continuation coverage under COBRA (if continuation coverage is for less than 36 months) have the opportunity to continue coverage for up to 36 months under Cal-COBRA. Employee members have this right if they lose their job or have working hours reduced (other than for gross misconduct). Dependent members also have this right to continued coverage if their member spouse dies or they get divorced, or cease to be a dependent child.

The Continuation of Coverage for Retired Subscribers and Spouses (also referred to as "Senior COBRA") will not be available for subscribers who reached the age of 60 after January 1, 2005.

Additional information regarding COBRA and Cal-COBRA may be found in your Evidence of Coverage.

A member who is totally disabled on the date the plan ends will have coverage continued for that disability. Coverage continuation will end at the earlier of: the member's disability ends, covered benefits are exhausted, member's coverage under another plan, or 12 months.

## **TERMINATION OF BENEFITS**

Coverage may be terminated for nonpayment of premium. Termination will occur even if you are hospital confined or undergoing treatment for an ongoing condition. At least 15 days advance written notice of termination will be provided.

Coverage may also terminate for other reasons, including, but not limited to: terminating employment or losing group membership, obtaining coverage under an alternative health plan offered by the employer or group, moving out of the service area, or fraud or material misrepresentation in enrollment or in the use of services or facilities.

## **COMPLAINTS AND APPEALS/INDEPENDENT MEDICAL REVIEW**

Aetna is committed to addressing members' coverage issues, complaints and problems. If you have a coverage issue or other problem, contact Member Services by calling the Member Services toll-free number on your ID card, or write to Member Services at the following:

AETNA HEALTH OF CALIFORNIA INC.  
ATTN: MEDICAL RESOLUTION TEAM  
PO BOX 10169  
VAN NUYS, CA 91410

If Member Services is unable to resolve your issue to your satisfaction, it will be forwarded to the appropriate department for handling. If you are dissatisfied with the outcome of your initial contact, you may file an appeal.

## **DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE**

The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your plan, you should first call your health plan at 1-800-756-7039 and use your health plan's 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 your health plan, 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 treatment that are experimental or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The department has a toll-free number, (1-888-HMO-2219) and a TDD line (1-877-688-9891) for the hearing and speech impaired. The department's Internet website (<http://www.hmohelp.ca.gov>) has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

## **BINDING ARBITRATION**

Any dispute arising from or related to health plan membership will be determined by submission to binding arbitration, and not by a lawsuit or resort to court process except as California law provides for judicial review of arbitration proceedings. The agreement to arbitrate includes, but is not limited to, disputes involving alleged professional liability or medical malpractice, that is whether any medical services covered by the plan were unnecessary or were unauthorized or were improperly, negligently or incompetently rendered. This agreement also limits certain remedies and may limit the award of punitive damages. You understand that you are giving up your constitutional rights to have any such dispute decided in a court of law before a jury, and instead are accepting the use of binding arbitration. See Sections Binding Arbitration and Limitations on Remedies of the Evidence of Coverage for further information.

## **MENTAL HEALTH/SUBSTANCE ABUSE**

Treatment(s) for "severe mental illness" or "serious emotional disturbances of a child," are not subject to the annual maximums shown on your Schedule of Benefits. Severe mental illness includes, but is not limited to schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder (manic depressive- illness), major depressive disorders, panic disorder, obsessivecompulsive disorder, pervasive developmental disorder or autism, anorexia nervosa, bulimia nervosa. Serious emotional disturbances of a child include one or more mental disorders as identified in the most recent edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, other than a primary substance use disorder or developmental disorder, that result in behavior inappropriate to the child 's age according to expected developmental norms and include psychotic features, risk of suicide, and risk of violence due to a mental disorder. These treatments are still subject to: a) prior authorizations and ongoing review to determine coverage; and, b) your plan's copayments and individual and family deductibles, if any.

Behavioral health care benefits (e.g., coverage for treatment or care for non-severe mental illness, alcohol abuse and/or substance abuse) are managed by Aetna or an independently contracted organization. Aetna or the independently contracted organization makes initial coverage determinations and coordinates referrals.

Any behavioral health care referrals will generally be made to providers affiliated with the organization, unless your needs for covered services extend beyond the capability of the affiliated providers. Your coverage will not exceed the maximum number of visits in your Schedule of Benefits or allowed in your Evidence of Coverage.

Aetna or its contracted organization may use prior authorizations and ongoing reviews to limit the number of outpatient mental health visits or inpatient days to the minimum it deems to be covered benefits that are medically necessary independent of the maximum number of visits described in your Schedule of Benefits. This means that you may not receive coverage for the maximum number of visits or days specified in your Schedule of Benefits, or the number of visits or days that you and your health professional believe to be appropriate, for a single course of treatment or episode.

For example, psychotherapeutic outpatient treatment for depression may be considered a covered benefit for eight individual visits, but Aetna or its contracted organization may, through concurrent review, decide it will not cover any further treatment, even when the Schedule of Benefits states that the maximum number of outpatient visits is up to twenty (20) sessions per year.

You can receive information regarding the appropriate way to access the behavioral health care services that are covered under your specific plan by calling the toll-free number on your I.D. card. As with other coverage determinations, you may appeal behavioral health care coverage decisions in accordance with the provisions of your health plan. You may appeal any denials of services based upon medical necessity through independent medical review. See the "Complaints and Appeals/Independent Medical Review" section of this disclosure brochure for additional information about the grievance process and independent medical review.

## **MEDICAL NECESSITY**

To be medically necessary, the service or supply must:

- Be care or treatment likely to produce a significant positive outcome as, and no more likely to produce a negative outcome than, any alternative service or supply, both as to the disease or injury involved and the member's overall health condition;
- Be care or services related to the diagnosis or treatment of an existing illness or injury, except for covered periodic health evaluations and preventive and well baby care, as determined by Aetna;
- Be a diagnostic procedure, indicated by the health status of the member, and be as likely to result in information that could affect the course of treatment as, and no more likely to produce a negative outcome than, any alternative service or supply, both as to the disease or injury involved and the member's overall health condition;
- Include only those services and supplies that cannot be safely and satisfactorily provided at home, in a physician 's office, on an outpatient basis, or in any facility other than a hospital, when used in relation to inpatient hospital services; and
- As to diagnosis, care and treatment be no more costly (taking into account all health expenses incurred in connection with the service or supply) than any equally effective service or supply in meeting the above tests.
- In determining if a service or supply is medically necessary, Aetna will consider:
  - Information provided on the member's health status;
  - Reports in peer reviewed medical literature;
  - Reports and guidelines published by nationally recognized health care organizations that include supporting scientific data (including, but not limited to, The Milliman Care Guidelines(r), InterQual(r) ISD criteria and Aetna's Coverage Policy Bulletins);
  - Professional standards of safety and effectiveness which are generally recognized in the United States for diagnosis, care or treatment;
  - The opinion of health professionals in the generally recognized health specialty involved;
  - The opinion of the attending physicians, which have credence but do not overrule contrary opinions; and
  - Any other relevant information brought to Aetna 's attention.

Only medical directors make decisions denying coverage for services for reasons of medical necessity.

Coverage denial letters for such decisions delineate any unmet criteria, standards and guidelines, and inform the provider and member of the appeal process.

All services and supplies will be covered in accordance with the guidelines determined by Aetna.

## **FULL PREMIUM COST OF PLAN**

Your group is responsible for paying premiums. If you are required to contribute to the premium, your group will tell you the amount and how to pay it. (i.e.: such as payroll deduction).

## **HOW AETNA COMPENSATES YOUR HEALTH CARE PROVIDER**

All the physicians are independent practicing physicians that are neither employed nor exclusively contracted with Aetna. Individual physicians and other providers are in the network by either directly contracting with Aetna and/or affiliating with a group or organization that contract with us.

Participating providers in our network are compensated in various ways:

- Per individual service or case (fee for service at contracted rates).
- Per hospital day (per diem contracted rates).

- Capitation (a prepaid amount per member, per month).
- Through Integrated Delivery Systems (IDS), Independent Practice Associations (IPA), Physician Hospital Organizations (PHO), Physician Medical Groups (PMG), behavioral health organizations and similar provider organizations or groups. Aetna pays these organizations, which in turn may reimburse the physician, provider organization or facility directly or indirectly for covered services. In such arrangements, the group or organization has a financial incentive to control the cost of care.

One of the purposes of managed care is to manage the cost of health care. Incentives in compensation arrangements with physicians and health care providers are one method by which Aetna attempts to achieve this goal.

#### **QUALITY ENHANCEMENT**

In some regions, the PCP can receive additional compensation based upon performance on a variety of measures intended to evaluate the quality of care and services the PCP provides to you. This additional compensation is typically based on the scores received on one or more of the following measures of the PCP's office:

- member satisfaction,
- percentage of members who visit the office at least annually,
- medical record reviews,
- the burden of illness of the members that have selected the primary care physician,
- management of chronic illnesses like asthma, diabetes and congestive heart failure;
- whether the physician is accepting new patients; and
- participation in Aetna's electronic claims and referral submission program.

Some regions may use some different measures designed to enhance physician performance or improve administrative efficiency. You are encouraged to ask your physicians and other providers how they are compensated for their services.

#### **CLAIMS PAYMENT FOR NONPARTICIPATING PROVIDERS AND USE OF CLAIMS SOFTWARE**

If your plan includes coverage for out-of-network services, and you obtain coverage under this portion of your plan, you should be aware that Aetna generally determines payment for an out-of-network provider by referring to (i) commercially available data reflecting the customary amount paid to most providers for a given service in that geographic area or (ii) by accessing other contractual arrangements. If such data is not commercially available, our determination may be based upon our own data or other sources. Aetna may also use computer software (including ClaimCheck®) and other tools to take into account factors such as the complexity, amount of time needed and manner of billing. You may be responsible for any charges Aetna determines are not covered under your plan.

#### **TECHNOLOGY REVIEW**

Aetna reviews new medical technologies, behavioral health procedures, pharmaceuticals and devices to determine which one should be covered by our plans. And we even look at new uses for existing technologies to see if they have potential. To review these innovations, we may:

- Study medical research and scientific evidence on the safety and effectiveness of medical technologies.
- Consider position statements and clinical practice guidelines from medical and government groups, including the federal Agency for Health care Research and Quality.
- Seek input from relevant specialists and experts in the technology.
- Determine whether the technologies are experimental or investigational.

You can find out more on new tests and treatments in our Clinical Policy Bulletins. You can find the bulletins at [www.aetna.com](http://www.aetna.com), under the "Members and Consumers" menu.

#### **YOUR RIGHTS UNDER HIPAA IF YOU LOSE GROUP COVERAGE**

Federal law known as the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) protects health insurance coverage for workers and their families when they change or lose their jobs. California law provides similar and additional protection.

If you lose group health insurance coverage and meet certain criteria, you are entitled to purchase individual health coverage (nongroup) from any health plan that sells individual coverage for hospital, medical or surgical benefits. Every health plan that sells individual health coverage for these benefits must offer individual coverage to an eligible person under HIPAA.

The health plan cannot reject your application if: you are an eligible person under HIPAA; you agree to pay the required premiums; and you live or work inside the plan's service area.

To be considered an eligible person under HIPAA you must meet the following requirements:

You have 18 or more months of creditable coverage without a break of 63 days or more between any of the periods of creditable coverage or since your most recent coverage was terminated;

Your most recent creditable coverage was a group, government or church plan that provided hospital, medical or surgical benefits. (COBRA and Cal-COBRA are considered group coverage);

You were not terminated from your most recent creditable coverage due to nonpayment of premiums or fraud; You are not eligible for coverage under a group health plan, Medicare, or Medicaid (Medi-Cal);

You have no other health insurance coverage; and

You have elected and exhausted any continuation coverage you were offered under COBRA or Cal-COBRA.

There are important choices you need to make in a very short time frame regarding the options available to you following termination of your group health care coverage. You should read carefully all available information regarding HIPAA coverage so you can understand fully the special protections of HIPAA coverage and make an informed comparison and choice regarding available coverage. For more information please call 1-800-756-7039.

If you believe your HIPAA rights have been violated, you should contact the Department of Managed Health Care at 1-888-HMO-2219, or visit the Department's web site at [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov).

## **INDIVIDUAL CONTINUATION OF BENEFITS**

You may be eligible to convert to individual coverage if you are no longer eligible for your group coverage or if you enroll in COBRA, Cal-COBRA, or USERRA continuation coverage and then lose eligibility for that coverage. See your Evidence of Coverage for details and conditions. You must apply for conversion within 63 days of the date you group coverage ends.

## **DISENROLLMENT BY MEMBER**

If a member elects coverage under an alternative health plan offered by employer group, member's coverage terminates automatically at the time and date the alternate coverage becomes effective.

Members may voluntarily disenroll. Member's coverage terminates at midnight on the last day of the month during which Aetna receives notice of intent to disenroll or for which member requests cancellation.

## **CLINICAL POLICY BULLETINS**

Aetna's CPBs describe Aetna's policy determinations of whether certain services or supplies are medically necessary or experimental or investigational, based upon a review of currently available clinical information. Clinical determinations in connection with individual coverage decisions are made on a case-by-case basis consistent with applicable policies.

Aetna's CPBs do not constitute medical advice. Treating providers are solely responsible for medical advice and for your treatment. You should discuss any CPB related to your coverage or condition with your treating provider.

While Aetna's CPBs are developed to assist in administering plan benefits, they do not constitute a description of plan benefits. Each benefit plan defines which services are covered, which are excluded, and which are subject to dollar caps or other limits. You and your providers will need to consult the benefit plan to determine if there are any exclusions or other benefit limitations applicable to this service or supply.

CPBs are regularly updated and are therefore subject to change. Aetna's CPBs are available online at [www.aetna.com](http://www.aetna.com).

## **PRECERTIFICATION**

Precertification is the process of collecting information prior to inpatient admissions and performance of selected ambulatory procedures and services. The process permits advance eligibility verification, determination of coverage, and communication with the physician and/or you. It also allows Aetna to coordinate your transition from the inpatient setting to the next level of care (discharge planning), or to register you for specialized programs like disease management, case management, or maternity management programs. For additional information on these programs, please contact Member Services. In some instances, precertification is used to inform physicians, members and other health care providers about cost-effective programs and alternative therapies and treatments.

Certain health care services, such as hospitalization or outpatient surgery, require precertification with Aetna. When you are to obtain services requiring precertification from a participating provider, the provider is responsible to precertify those services prior to treatment. If your plan covers self-referred services to network providers, (i.e. Aetna Open Access HMO, Aetna Choice POS), or out-of-network benefits and you may self-refer for covered benefits, it is your responsibility to contact Aetna to precertify those services which require precertification to avoid a reduction in benefits paid for that service.

#### **UTILIZATION REVIEW/PATIENT MANAGEMENT**

Aetna has developed a patient management program to assist in determining what health care services are covered under the health plan and the extent of such coverage. The program assists you in receiving appropriate health care and maximizing coverage for those health care services. You can avoid receiving an unexpected bill with a simple call to Aetna's Member Services team. You can find out if your preventive care service, diagnostic test or other treatment is a covered benefit - before you receive care - just by calling the toll-free number on your ID card. In certain cases, Aetna reviews your request to be sure the service or supply is consistent with established guidelines and is included or a covered benefit under your plan. We call this "utilization management review."

We follow specific rules to help us make your health a top concern:

- Aetna employees are not compensated based on denials of coverage.
- We do not encourage denials of coverage. In fact, our utilization review staff is trained to focus on the risks of members not adequately using certain services.

Where such use is appropriate, our Utilization Review/Patient Management staff uses nationally recognized guidelines and resources, such as The Milliman Care Guidelines® to guide the precertification, concurrent review and retrospective review processes. To the extent certain Utilization Review/Patient Management functions are delegated to IDSs, IPAs or other provider groups ("Delegates"), such Delegates utilize criteria that they deem appropriate. Utilization Review/Patient Management policies may be modified to comply with applicable state law. Only medical directors make decisions denying coverage for services for reasons of medical necessity. Coverage denial letters for such decisions delineate any unmet criteria, standards and guidelines, and inform the provider and you of the appeal process.

For more information concerning utilization management, you may request a free copy of the criteria we use to make specific coverage decisions by contacting Member Services.

You may also visit [www.aetna.com/about/cov\\_det\\_policies.html](http://www.aetna.com/about/cov_det_policies.html) to find our Clinical Policy Bulletins and some utilization review policies. Doctors or health care professionals who have questions about your coverage can write or call our Patient Management department. The address and phone number are on your ID card.

#### **CONCURRENT REVIEW**

The concurrent review process assesses the necessity for continued stay, level of care, and quality of care for members receiving inpatient services. All inpatient services extending beyond the initial certification period will require concurrent review.

#### **DISCHARGE PLANNING**

Discharge planning may be initiated at any stage of the patient management process and begins immediately upon identification of post-discharge needs during precertification or concurrent review. The discharge plan may include initiation of a variety of services/benefits to be utilized by you upon discharge from an inpatient stay.

#### **RETROSPECTIVE RECORD REVIEW**

The purpose of retrospective review is to retrospectively analyze potential quality and utilization issues, initiate appropriate follow-up action based on quality or utilization issues, and review all appeals of inpatient concurrent review decisions for coverage of health care services. Aetna's effort to manage the services provided to you includes the retrospective review of claims submitted for payment, and of medical records submitted for potential quality and utilization concerns.

#### **SECOND OPINION**

When requested by a member or participating provider who is treating a member, Aetna shall authorize a second opinion to be provided by an appropriately qualified health care professional. Reasons for a second opinion to be authorized include, but are not limited to the following:

- The member questions the reasonableness or necessity of recommended surgical procedures.
- The member questions a diagnosis or plan of care for a condition that threatens loss of life, loss of limb, loss of bodily function, or substantial impairment, including, but not limited to, a serious chronic condition.

- If the clinical indications are not clear or are complex and confusing, a diagnosis is in doubt due to conflicting test results, or the treating health professional is unable to diagnose the condition, and the member requests an additional diagnosis.
- If the treatment plan in progress is not improving the medical condition of the member within an appropriate period of time given the diagnosis and plan of care, and the member requests a second opinion regarding the diagnosis or continuance of the treatment.
- The member has attempted to follow the plan of care or consulted with the initial provider concerning serious concerns about the diagnosis or plan of care.

If a member or participating provider who is treating the member requests a second opinion, an authorization or denial shall be provided in an expeditious manner. When the member's condition is such that the member faces an imminent and serious threat to his or her health, including, but not limited to, the potential loss of life, limb, or other major bodily function, or lack of timeliness that would be detrimental to the member's ability to regain maximum function, the second opinion shall be authorized or denied in a timely fashion appropriate for the nature of the member's condition, not to exceed 72 hours after Aetna's receipt of the request, whenever possible.

For additional information regarding second opinions, members may contact Member Services at the toll free telephone number on your ID card.

### **CONTINUATION OF CARE FOLLOWING TERMINATION OF PROVIDER'S CONTRACT**

Aetna shall, at the request of a member, arrange for the continuation of covered services rendered by a terminated participating provider to a member who is undergoing a course of treatment from a terminated participating provider for an acute condition, serious chronic condition, pregnancy, terminal illness, the care of a child ages 0-36 months, and previously scheduled surgery or other procedures. For more information regarding continuity of care, contact Member Services at the toll free telephone number on your ID card.

#### **EMERGENCY CARE**

If you need emergency care, you are covered 24 hours a day, 7 days a week, anywhere in the world. An emergency medical condition is one manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity such that a prudent layperson, who possesses average knowledge of health and medicine, could reasonably expect the absence of immediate medical attention to result in serious jeopardy to the person's health, or with respect to a pregnant woman, the health of the woman and her unborn child. Whether you are in or out of an Aetna service area, we simply ask that you follow the guidelines below when you believe you need emergency care.

- Call the local emergency hotline (ex. 911) or go to the nearest emergency facility. If a delay would not be detrimental to your health, call your PCP. Notify your PCP as soon as possible after receiving treatment.
- If you are admitted to an inpatient facility, you or a family member or friend on your behalf should notify your PCP or Aetna as soon as possible.

#### **WHAT TO DO OUTSIDE YOUR AETNA SERVICE AREA**

If you are traveling outside your Aetna service area or if you are a student who is away at school; you are covered for emergency and urgently needed care. Urgent care may be obtained from a private practice physician, a walk-in clinic, an urgent care center or an emergency facility. Certain conditions, such as severe vomiting, earaches, sore throats or fever, are considered "urgent care" outside your Aetna service area and are covered in any of the above settings.

If, after reviewing information submitted to us by the provider that supplied care, the nature of the urgent or emergency problem does not qualify for coverage, it may be necessary to provide us with additional information. We will send you an Emergency Room Notification Report to complete, or a Member Services representative can take this information by telephone.

#### **FOLLOW-UP CARE AFTER EMERGENCIES**

All follow-up care should be coordinated by your PCP. Follow-up care with nonparticipating providers is only covered with a referral from your PCP and prior authorization from Aetna. Whether you were treated inside or outside your Aetna service area, you must obtain a referral before any follow-up care can be covered. Suture removal, cast removal, X-rays and clinic and emergency room revisits are some examples of follow-up care.

## AFTER-HOURS CARE

You may call your doctor's office 24 hours a day, 7 days a week if you have medical questions or concerns. You may also consider visiting participating Urgent Care facilities.

## **PRESCRIPTION DRUGS AND DRUG FORMULARY**

If the plan purchased by your employer or group includes the pharmacy plan for outpatient prescription drug coverage, your prescription benefit may include a drug formulary. A formulary is a list of preferred prescription drugs available in your prescription drug benefit plan. The preferred drug list includes is a list of prescription drugs that, depending on your prescription drug benefits plan, are covered on a preferred basis. Many drugs, including many of those listed on the preferred drug list, are subject to rebate arrangements between Aetna and the manufacturer of the drugs. Such rebates are not reflected in and do not reduce the amount a member pays for a prescription drug. This list is distributed to participating providers and is subject to periodic review and modification by Aetna or an affiliate. Throughout the year the Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee may evaluate new drugs once they are approved by the FDA and may re-evaluate the drugs on the current formulary in light of new FDA, manufacturer and peer reviewed information. The P&T Committee reviews the entire formulary at least twice a year. An updated copy of the Drug formulary is available at any time upon request by a member.

Medically necessary outpatient prescription drugs, insulin and pediatric asthma supplies (inhaler spacer, nebulizers, including face masks and tubing and peak flow meters are covered. The drug formulary is subject to change at the discretion of Aetna. In addition, generic and brand non-formulary drugs are covered subject to the Limitations and Exclusions section of the Prescription Drug Rider and the Certificate. Coverage of these Non-formulary drugs is subject to change from time to time at the discretion of Aetna. Some items are covered only with prior authorization from Aetna.

Prescriptions must be written by a provider licensed to prescribe federal legend prescription drugs subject to the terms, Aetna policies, and the "Limitations and Exclusions" section described in the Prescription Drug Rider.

Coverage of prescription drugs may be subject to prior authorization. Items covered by a prescription rider are subject to drug utilization review by Aetna and/or the member's participating pharmacy.

Member's participating physician or participating retail or mail order pharmacy may request prior authorization for drugs listed on the Drug Formulary Exclusions List or drugs on requiring Precertification. Such prior authorization requests should be made by the provider to the Precertification Department of Aetna Health's Pharmacy Management Department. The Pharmacy Management Department will respond to complete prior authorization requests within 24 hours of receipt, or in a timely fashion appropriate for the nature of the enrollee's condition. Coverage for prescription drugs requiring precertification shall be based on an individual, case-by-case medical necessity determination and coverage will not apply or extend to other members.

The Formulary Guide contains drugs that have been reviewed by Aetna Health 's Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee. The P&T Committee reviews the entire Formulary Guide at least twice a year. The P&T Committee reviews information from a variety of sources, including peer review journals and other independently developed materials. Using this information, the P&T Committee periodically evaluates the therapeutic effectiveness of prescription medications and places them into one of three categories:

- Category I The drug represents an important therapeutic advance.
- Category II The drug is therapeutically similar to other available products.
- Category III The drug has significant disadvantages in safety or efficacy when compared to other similar products.

The drugs in Category I are always included on the Drug Formulary, and the drugs placed in Category III are not included on the Drug Formulary. For therapeutically similar drugs in Category II, AETNA selects drugs for the Formulary based on the recommendations of the P&T Committee, the cost effectiveness of the medication, and other factors.

A copy of the Drug Formulary, or information about the availability of a specific drug may be requested by calling 1-888-792-8742 or the Drug Formulary may be accessed through our Internet website at [www.aetna.com/formulary/](http://www.aetna.com/formulary/). Be aware that the presence of a drug on the Drug Formulary does not guarantee that a member will receive a prescription for that drug from their prescribing provider for a particular medical condition.

A copy of the Aetna Health Formulary, or information about the availability of a specific drug may be requested by calling 1-888-792-8742, (TDD 1-800-501-9863 for hearing impaired only) or may be accessed through our Internet website at [www.aetna.com](http://www.aetna.com). (Click on "members" and then "prescription plans" to reach the Formulary information.)

Be aware that the presence of a drug on the Formulary does not guarantee that a member will receive a prescription for that drug from their prescribing provider for a particular medical condition.

### **PEDIATRIC ASTHMA SUPPLIES**

The following pediatric asthma supplies are covered for if Medically Necessary upon prescription or upon Participating Physician's order only at Participating Retail or Mail Order Pharmacy. The Member must pay a separate Copayment for each item.

1. Inhaler spacers.
2. Nebulizers, including face masks and tubing.
3. Peak flow meters.

In an emergency situation, or when the Member is traveling outside of the Aetna HMO Service Area, prescriptions for items 1 and 2 above, will be covered even if filled at a Non-Participating Retail Pharmacy.

Members should consult with their treating physician regarding questions about specific medications.

### **MEMBER SERVICES**

To file a complaint or an appeal, for additional information regarding copayments and other charges, information regarding benefits, to obtain copies of plan documents, information regarding how to file a claim or for any other question, you can contact Member Services at the toll-free number on your ID card, or e-mail us from your secure member website, Aetna Navigator at [www.aetna.com](http://www.aetna.com). Click on "Contact Us" after you log in.

### **INTERPRETER/HEARING IMPAIRED**

When you require assistance from an Aetna representative, call us during regular business hours at the number on your ID card. Our representatives can:

- Answer benefits questions
- Help you get referrals
- Find care outside your area
- Advise you on how to file complaints and appeals
- Connect you to behavioral health services (if included in your plan)
- Find specific health information
- Provide information on our Quality Management program, which evaluates the ongoing quality of our services

*Multilingual hotline - 1-888-982-3862*

*(140 languages are available. You must ask for an interpreter.)*

*TDD 1-800-628-3323 (hearing impaired only)*

### **ILLITERATE AND SPECIAL NEEDS MEMBERS**

Aetna recognizes that it may have members who are illiterate and assists these members by providing, upon request, recorded marketing materials. Marketing Representatives conduct on-site employer group benefit management meetings and assist members with special needs in understanding and completing their benefit information. Member Services has a teletype relay toll free number 1-800-628-3321 to assist hearing impaired members

### **ORGAN DONATION**

Every year in the United States thousands of people die waiting for a life-saving organ transplant. For every 55 people who receive a donated organ, 10 die waiting for organs that never become available. The need for donor organs is critical.

A single donor can help as many as 50 individuals in need of organs or tissues. Medical suitability for donation is determined at the time of death, and the donor's family must give consent. Unfortunately, many families do not consent because they were not aware of their loved one's wishes.

If you would like to become an organ donor, please take the following steps:

1. Indicate your interest to be an organ and tissue donor on your driver's license (ask the motor vehicles department service representative for information when you have your photograph taken for your driver's license).

2. Carry an organ donor card in your wallet. (Call the Coalition on Donation at 1-800-355-SHARE for a free brochure on donation and donor card.)
3. Most importantly, discuss your decision with family members and loved ones.

Aetna is proud to be a partner of the California Transplant Donor Network (CTDN) in its mission to raise public awareness of organ and tissue donation and link potential organ and tissue donors to individuals awaiting organ and tissue transplantation.

#### **SETTING THE RECORD STRAIGHT - DEBUNKING SOME COMMON MYTHS ABOUT ORGAN DONATION**

- The decision to be an organ donor does not affect the quality of medical care you will receive.
- Donation does not disfigure the body or interfere with funeral plans, including open casket services.
- All mainstream organized religions approve of organ donation, and consider it an act of charity, according to the U.S. Department of Health and Human Services.
- Everyone can choose to be an organ or tissue donor. People of all ages, and even people with medical conditions, may be able to donate tissues such as corneas or heart valves.

#### **MEMBER RIGHTS & RESPONSIBILITIES**

You have the right to receive a copy of our Member Rights and Responsibilities Statement. This information is available to you online at <http://www.aetna.com/about/MemberRights/>. You can also obtain a print copy by contacting Member Services at the number on your ID card.

#### **QUALITY MANAGEMENT PROGRAMS**

Call Aetna to learn about the specific quality efforts we have under way in your local area. Ask Member Services for the phone number of your regional Quality Management office. If you would like information about Aetna Behavioral Health's Quality Management Program, ask Member Services for the phone number of your Care Management Center Quality Management office.

#### **PRIVACY NOTICE**

Aetna considers personal information to be confidential and has policies and procedures in place to protect it against unlawful use and disclosure. By "personal information," we mean information that relates to your physical or mental health or condition, the provision of health care to you, or payment for the provision of health care to you. Personal information does not include publicly available information or information that is available or reported in a summarized or aggregate fashion but does not identify you.

When necessary or appropriate for your care or treatment, the operation of our health plans, or other related activities, we use personal information internally, share it with our affiliates, and disclose it to health care providers (doctors, dentists, pharmacies, hospitals and other caregivers), payors (health care provider organizations, employers who sponsor self-funded health plans or who share responsibility for the payment of benefits, and others who may be financially responsible for payment for the services or benefits you receive under your plan), other insurers, third party administrators, vendors, consultants, government authorities, and their respective agents. These parties are required to keep personal information confidential as provided by applicable law. Participating network providers are also required to give you access to your medical records within a reasonable amount of time after you make a request.

Some of the ways in which personal information is used include claims payment; utilization review and management; medical necessity reviews; coordination of care and benefits; preventive health, early detection, and disease and case management; quality assessment and improvement activities; auditing and anti-fraud activities; performance measurement and outcomes assessment; health claims analysis and reporting; health services research; data and information systems management; compliance with legal and regulatory requirements; formulary management; litigation proceedings; transfer of policies or contracts to and from other insurers, HMOs and third party administrators; underwriting activities; and due diligence activities in connection with the purchase or sale of some or all of our business. We consider these activities key for the operation of our health plans. To the extent permitted by law, we use and disclose personal information as provided above without your consent. However, we recognize that you may not want to receive unsolicited marketing materials unrelated to your health benefits. We do not disclose personal information for these marketing purposes unless you consent. We also have policies addressing circumstances in which you are unable to give consent.

To obtain a hard copy of our Notice of Privacy Practices, which describes in greater detail our practices concerning use and disclosure of personal information, please write to Aetna's Legal Support Services Department at 151 Farmington Avenue, W121, Hartford, CT 06156. You can also visit our Internet site at [www.aetna.com](http://www.aetna.com). You can link directly to the Notice of Privacy Practices by Plan Type, by selecting the "Privacy Notices" link at the bottom of the page, and selecting the link that corresponds to you specific plan.

## **HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT MEMBER NOTICE**

The following information is provided to inform you of certain provisions contained in the Group Health Plan, and related procedures that may be utilized by you in accordance with Federal law.

### **Special Enrollment Rights**

If you are declining enrollment for yourself or your dependents (including your spouse) because of other health insurance or group health plan coverage, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing towards your or your dependents' other coverage). However, you must request enrollment within 31 days after your or your dependents' other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

In addition, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents. However, you must request enrollment within 31 days after the marriage, birth, adoption or placement for adoption. To request special enrollment or obtain more information, contact your benefits administrator.

### **Request for Certificate of Creditable Coverage**

If you are a member of an insured plan sponsor or a member of a self insured plan sponsor who have contracted with us to provide Certificates of Prior Health Coverage, you have the option to request a certificate.

This applies to you if you are a terminated member, or are a member who is currently active but who would like a certificate to verify your status. As a terminated member, you can request a certificate for up to 24 months following the date of your termination. As an active member can request a certificate at any time. To request a Certificate of Prior Health Coverage, please contact Member Services at the telephone number on your ID card.

Aetna is the brand name used for products and services provided by one or more of the Aetna group of subsidiary companies. The company that offers benefits coverage is Aetna Health of California Inc. For self-funded accounts, plan coverage is offered by your employer, with administrative services only provided by Aetna Life Insurance Company.

## **NOTICE: DISPUTES ARISING FROM OR RELATED TO PLAN MEMBERSHIP WILL BE DETERMINED BY SUBMISSION TO BINDING ARBITRATION.**

A STATEMENT DESCRIBING AETNA'S POLICIES AND PROCEDURES FOR PRESERVING THE CONFIDENTIALITY OF MEDICAL RECORDS IS AVAILABLE AND WILL BE FURNISHED TO YOU UPON REQUEST.

ADDITIONAL INFORMATION ABOUT THE BENEFITS OF THIS PLAN MAY BE OBTAINED BY CALLING 1-800-756-7039.

If you need this material translated into another language, please call Member Services at 1-888-982-3862.  
Si usted necesita este documento en otro idioma, por favor llame a Servicios al Miembro al 1-888-982-3862.

Health benefits plans are offered by: Aetna Health of California Inc. Providers are independent contractors and are not agents of Aetna. Provider participation may change without notice. Aetna does not provide care or guarantee access to health services. Information subject to change.

The NCQA Accreditation Seal is a recognized symbol of quality. The seal, located on the front cover of your provider directory, signifies that your plan has earned this accreditation for service and clinical quality that meets or exceeds the NCQA's rigorous requirements for consumer protection and quality improvement. The number of stars on the seal represents the accreditation level the plan has achieved.

Providers who have been duly recognized by the NCQA Recognition Programs are annotated in the provider listings section of this directory. Providers, in all settings, achieve recognition by submitting data that demonstrates they are providing quality care. The program constantly assesses key measures that were carefully defined and tested for their relationship to improved care, therefore, NCQA provider recognition is subject to change. Providers are independent contractors and are not agents of Aetna. Provider participation may change without notice. Aetna does not provide care or guarantee access to health services. For up-to-date information, please visit our DocFind® directory at [www.aetna.com](http://www.aetna.com) or, if applicable, visit the NCQA's new top level recognition listing at <http://web.ncqa.org/tabid/58/Default.aspx>.



# Hospitales Que Participantes

## Participating Hospitals

[www.aetna.com](http://www.aetna.com)

[www.aetnaespanol.com](http://www.aetnaespanol.com)

## Hospitales Que Participantes - Participating Hospitals

### MEXICALI

**Hospital De La Mujer**

Circuito Brasil No. 82 Parque  
Industrial El Alamo  
Mexicali  
(686) 565-7555

**Hospital Hispano Americano  
(Siglo Xxi)**

Reforma Y Calle B # 1001 Col. 2Da  
Seccion  
Mexicali  
(686) 552-2300

**Hospital San Angel**

Ave Reforma # 1110 Col. Segunda  
Seccion  
Mexicali  
(686) 555-7001

**Sanatorio Santa Catalina De Baja  
California**

Av. Reforma 1809 Col. Nueva  
Mexicali  
(686) 552-5693

### TECATE

**Clinca Santa Catalina De Tecate**

Av. Hidalgo #172 Fracc. Romero  
Tecate  
(665) 654-5555

### TIJUANA

**Centro Medico Florence**

General Ferreira #2224 Col Cacho  
Blvd. Cucapah S/N Puerta Del Sol  
Tijuana  
(664) 684-8112

**Centro Medico Florence Suc.**

**Cucapah**  
Blvd. Cucapah S/N Puerta Del Sol  
Tijuana  
(664) 629-5493

**Hospital Angeles Tijuana**

Av. Paseo De Los Heroes #10999  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 635-1900

**Hospital Centro Medico Nova**

Guadalupe Victoria No. 9308  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 634-6150

**Hospital Del Carmen**

Manuel Doblado 402 Col. Gabilondo  
Tijuana  
(664) 681-7279

**Hospital Guadalajara**

Calle 2Da Benito Juarez # 1413  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-8960

# Médicos Primarios Del Cuidado

## Primary Care Physicians

[www.aetna.com](http://www.aetna.com)

[www.aetnaenespanol.com](http://www.aetnaenespanol.com)

## Mexicali

### MEXICALI

#### MEDICINA INTERNA

#### INTERNAL MEDICINE

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Centro Medico SIMNSA**  
**Lopez Carrizosa, Jesus, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D  
y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Centro Medico SIMNSA**  
**Lopez Soto, Damian, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D  
y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

#### MEDICO GENERAL

#### GENERAL PRACTICE

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Centro Medico SIMNSA**  
**Figueroa, Anahi, DRA.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D  
y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Centro Medico SIMNSA**  
**Fincke, Gabriela, DRA.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D  
y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Centro Medico SIMNSA**  
**Quintana Moffatt, Monica, DRA.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D  
y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Centro Medico SIMNSA**  
**Sarmiento Gastelum, Fernando, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D  
y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

#### PEDIATRIA

#### PEDIATRIC

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Centro Medico SIMNSA**  
**Jimenez, Jazmin, DRA.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D  
y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Centro Medico SIMNSA**  
**Leon Miranda, Alvaro, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D  
y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Centro Medico SIMNSA**  
**Varela Beltran, Jorge, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D  
y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

### ROSARITO

#### MEDICO GENERAL

#### GENERAL PRACTICE

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Perales Acevedo, Elias, DR.**  
Blvd. Benito Juarez # 907-20  
Centro Comercial Plaza  
Oceana  
Zona Centro  
Rosarito  
(661) 612-5157

### TECATE

#### MEDICINA INTERNA

#### INTERNAL MEDICINE

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Hernandez Morales, Daniel, DR.**  
Ortiz Rubio #251-B  
Zona Centro  
Tecate  
(665) 654-2318

#### MEDICO GENERAL

#### GENERAL PRACTICE

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Lopez Arellano, Nestor, DR.**  
Presidente Elias Calles # 56  
Zona Centro  
Tecate  
(665) 654-0739

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Silva Bastidas, Marisol, DR.**  
Ave. Hidalgo #172 Fracc.  
Romero  
Tecate  
(665) 654-5555

## Médicos Primarios Del Cuidado - Primary Care Physicians

### PEDIATRIA

#### PEDIATRIC

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Gutierrez Del Moral, Carlos Adon, DR.**  
Calle Primera y Arturo Guerra  
1238 Col. Juarez  
Tecate  
(665) 654-0610

### TIJUANA

#### MEDICINA INTERNA

#### INTERNAL MEDICINE

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medico Guadalajara**  
**Estolano Hernandez, Guillermo, DR.**  
Calle 2Da. #1416 4To.  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-7796

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Aldrete Vazquez, Ruben, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Bazan Perez, Carlos Vicente, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Gallegos Perez, Benjamin, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

#### MEDICO GENERAL

#### GENERAL PRACTICE

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medico Guadalajara**  
**Ramirez Varela, Juan Gerardo, DR.**  
Calle 2Da. #1416 Primer Piso  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-1235

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medico Guadalajara**  
**Virgen Santiesteban, Javier, DR.**  
Calle 2Da. #1416 1Er. Piso  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-8960

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Calette Marquez, Andres, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Carmona Martinez, Noemi, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Davila Mendez, Teresa, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Espinoza Valenzuela, Cecilia, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Guzman Sandoval, Maria Guadalupe, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Pineda Ibarrola, Rossana, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Soto Ontiveros, Maria Lourdes, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Tellado Trucios, Luis Manuel, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca 2**  
**Fava Ruelas Martin, Ernesto, DR.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-4703

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca 2**  
**Garcia Valdez, Maria Leonor, DRA.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-4703

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca 2**  
**Magaña De Hoyos, Norica Lizzeli, DRA.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-4703

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca 2**  
**Velez Gasca, Isidro, DR.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-4703

### PEDIATRIA

#### PEDIATRIC

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medico Guadalajara**  
**Gaona Nava, Virginia, DRA.**  
Calle 2Da. #1416 4To.  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-8662

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Collins Chapula, Pablo Salvador, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Duarte Davila, Lilia, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

# Médicos Primarios Del Cuidado - Primary Care Physicians

Tijuana

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Ramos Corona, Luis Enrique, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca**  
**Valerio Flores, Jose Antonio, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca 2**  
**Lira Pedrin, Alejandro, DR.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-4703

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca 2**  
**Ruiz Ramos, Rosa, DRA.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-4703

**Aetna Primary Office ID 334589**  
**Grupo Medyca 2**  
**Trujillo Heredia, Martha Patricia, DRA.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-4703

Médicos Primarios Del Cuidado



Obstétricos y Ginecólogos

Obstetricians and Gynecologists/  
Women's Health Specialists

[www.aetna.com](http://www.aetna.com)

[www.aetnaespanol.com](http://www.aetnaespanol.com)

**MEXICALI**

GINECOLOGIA/  
OBSTETRICIA

OBSTETRICS/  
GYNECOLOGY

**Centro Medico SIMNSA Hernandez De Anda, Gabriel, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Centro Medico SIMNSA Machado Leon, Guadalupe, DRA.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Centro Medico SIMNSA Rivera Villegas, Sergio, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Centro Medico SIMNSA Saucedo Montañón, Alejandro, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**TECATE**

GINECOLOGIA/  
OBSTETRICIA

OBSTETRICS/  
GYNECOLOGY

**Figueroa Puente, Jose Francisco, DR.**  
Blvd Benito Juarez 941-B  
Fracc La Hacienda  
Tecate  
(665) 654-0175

**Torres Eyraud, Alejandra, DRA.**  
Tezuitlan #61 Col. Downey  
Tecate  
(665) 654-1512

**TIJUANA**

GINECOLOGIA/  
OBSTETRICIA

OBSTETRICS/  
GYNECOLOGY

**Grupo Medico Guadalajara Gonzalez Hector, Alejandro, DR.**  
Calle 2Da. #1416 4To.  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-8656

**Grupo Medyca Bernal Ayala, Martha Carolina, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca Soto Valladolid, Rosa Angelica, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca Victoria Laborin, Luis, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca 2 Gomez Cardenas, Adriana, DRA.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-47-03

**Grupo Medyca 2 Lopez Medina, Araceli, DR.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-4703

Especialistas

Specialists

[www.aetna.com](http://www.aetna.com)

[www.aetnaenespanol.com](http://www.aetnaenespanol.com)

**MEXICALI**

**ALERGOLOGIA**

**ALLERGY/IMMUNOLOGY**

**Lopez Gonzalez, Ana Luisa, DR.**  
Ave. Madero 695 y Calle Bravo  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 553-6879

**ANGIOLOGIA**

**ANGIOLOGY**

**Centro Medico SIMNSA Manriquez Castro, Diana, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**CARDIOLOGIA**

**CARDIOLOGY**

**Delgado Hurtado, Jose Manuel, DR.**  
Ave. Reforma #1285-4  
Col. Nueva  
Mexicali  
(686) 552-2338

**CIRUGIA GENERAL**

**GENERAL SURGERY**

**Centro Medico SIMNSA Durazo Madrid, Jose Juan, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Centro Medico SIMNSA Hernandez Brambila, Gabriel, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Centro Medico SIMNSA Valdez Yañez, Aaron, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**CIRUGIA MAXILO FACIAL**

**MAXILLOFACIAL SURGERY**

**Unident Mxl. Almiray Lopez, Jose Luis, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**DENTISTA**

**DENTIST**

**Unident Mxl. Sanchez Penunuri, Alfonso, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Unident Mxl. Velez Gutierrez, Carlos Ismael, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**DERMATOLOGIA**

**DERMATOLOGY**

**Centro Medico SIMNSA Perez Lagunas, Rosa Patricia, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**ENDODONCIA**

**ENDODONTICS**

**Unident Mxl. Alcantar Enriquez, Alejandro, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Unident Mxl. Driottz Angulo, Normando, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Unident Mxl. Lara Assmar, Monica, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**GASTROENTEROLOGIA**

**GASTROENTEROLOGY**

**Centro Medico SIMNSA Moreno, Aida, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**NEUMOLOGIA PEDIATRICA**

**PEDIATRIC PNEUMOLOGY**

**Manzo Suarez, Francisco Javier, DR.**  
Ave. Madero 1173-12 Entre C y D Central Medica Del Noroeste  
Mexicali  
(686) 553-2811

**NEUROCIRUGIA**

**NEUROSURGERY**

**Centro Medico SIMNSA Hernandez Peña, Roberto, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**NEUROLOGIA**

**NEUROLOGY**

**Centro Medico SIMNSA Hernandez Curiel, Bernardo, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**NEUROLOGIA**

**PEDIATRICA**

**PEDIATRIC NEUROLOGY**

**Centro Medico SIMNSA Davalos Ruiz, Enrique, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**NUTRICION**

**NUTRITION**

**Centro Medico SIMNSA Del Pilar Sanchez, Maria, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**OFTALMOLOGIA**

**OPHTHALMOLOGY**

**Aguilera Zarate, Fernando, DR.**  
Instituto De Ojos S.C.  
Reforma 1235 Entre D y E 2Do Cuadro De La Ciudad  
Mexicali  
(686) 552-4002

**Cardenas Ley, Arnoldo, DR.**  
Ave. Reforma 719-5 1Ra Seccion  
Mexicali  
(686) 552-5108

**ONCOLOGIA MEDICA**

**MEDICAL ONCOLOGY**

**Soto Collins, Celia, DR.**  
Ave. Reforma 719-6  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 553-6829

**ORTODONCIA**

**ORTHODONTICS**

**Unident Mxl. Toledo Granillo, Ana Isabel, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**OTORRINOLARINGOLOGIA**

**OTOLARYNGOLOGY**

**Da Costa Gomez Bistrain, Carlos Manuel, DR.**  
Ave. Reforma # 999-9  
Primera Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 552-2232

**Navarro Celaya, Cesar Alejandro, DR.**  
Calle Madero #695 y Calle Bravo  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 553-6879

**PERIODONCIA**

**PERIODONTICS**

**Unident Mxl. Leo Egurrola, Antonio, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**PROSTODONCIA**

**PROSTHODONTIA**

**Camacho Mondragon, Jesus Antonio, DR.**  
Blvd. Anahuac #1808-1 Entre Isla Hawaii y Salomon Fracc.  
Jardines Del Lago  
Mexicali  
(686) 556-4004

**REUMATOLOGIA**

**RHEUMATOLOGY**

**Araiza Casillas, Rodolfo, DR.**  
Ave. Madero #1090 Entre B y C Col. Nueva  
Mexicali  
(686) 553-5447

**TERAPIA FISICA**

**PHYSICAL THERAPY**

**Terapia Fisica Integral Lopez Villavicencio, Vanessa, DR.**  
Calle D Entre Lerdo y Zaragoza # 420 2Da Seccion  
Mexicali  
(686) 554-4748

**TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA**

**TRAUMATOLOGY & ORTHOPEDICS**

**Centro Medico SIMNSA Bustamante Vildosola, Juan Antonio, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Centro Medico SIMNSA Da Costa Gomez Bueno, Cesar, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

UROLOGIA

UROLOGY

**Centro Medico SIMNSA Castillo Meza, Juan Carlos, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**Centro Medico SIMNSA Fernandez Marquez, Jorge, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

TECATE

ANESTESIOLOGIA

ANESTHESIOLOGY

**Canchola Acevedo, Cesar, DR.**  
Ave. Hidalgo #172 Fracc. Romero  
Tecate  
(665) 654-5555

**Gutierrez Beltran, Esmeralda, DR.**  
Callejon Libertad 492 Int 3 Col. Espinoza  
Tecate  
(665) 654-5555

CIRUGIA GENERAL

GENERAL SURGERY

**Chavez Rios, Roberto, DR.**  
Ave. Juarez #80 Int 210  
Zona Centro  
Tecate  
(665) 654-3015

DENTISTA

DENTIST

**Sanchez Delgado, Alberto, DR.**  
Ave. Juarez #305  
Zona Centro  
Tecate  
(665) 654-1770

DERMATOLOGIA

DERMATOLOGY

**Del Valle Ruiz, Isai, DR.**  
Ave. Hidalgo #172 Fracc. Romero  
Tecate  
(665) 654-5555

GASTROENTEROLOGIA

GASTROENTEROLOGY

**Vera De Leon, Lizeth, DR.**  
Ave. Hidalgo #172 Fracc. Romero  
Tecate  
(664) 634-3449

TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

TRAUMATOLOGY & ORTHOPEDIA

**Garcia Zeevaert, Joaquin, DR.**  
Ave. Hidalgo #172 Fracc. Romero  
Tecate  
(665) 654-5555

TIJUANA

ALERGOLOGIA

ALLERGY/IMMUNOLOGY

**Grupo Medyca Esquer Flores, Joaquin, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To. Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca 2 Castrejon Tovar, Marisela, DR.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-4703

ALERGOLOGIA PEDIATRICA

PEDIATRIC ALLERGOLOGY

**Escalante Dominguez, Alberto Jose, DR.**  
Calle German Gedovius #10489 Int 204  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 634-6820

ANESTESIOLOGIA

ANESTHESIOLOGY

**Cabrera Morales, Victor Andres, DR.**  
Calle Laguna Salada # 87 Fracc. El Lago  
Tijuana  
044 (664) 675-1631

**Carabarin Garcia, Maria Magdalena, DR.**  
Tijuana

**Carrada Perez, Maria Susana, DR.**  
Mision De La Paz 1402 Edificio 5-201  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 634-7246

**Del Barco Aguilar, Olga Olivia, DR.**  
Colina Real 7603-8  
Residencial Agua Caliente  
Tijuana  
(664) 622-8238

**Delgado Osuna, Veronica, DR.**  
Priv. Montecatini # 3435  
Residencial Colinas Del Rey Fracc. La Sierra  
Tijuana  
044 (664) 188-2550

**Grupo Medico Guadalajara Casillas Barba, Miguel, DR.**  
Calle 2Da. #1416  
Zona Centro  
Tijuana  
001 (619) 267-1460

**Morelos Garcia, Jose Trinidad, DR.**  
Dr Atl 2031-303  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 681-4900

**Moreno Abarca, Ruben, DR.**  
Ave. San Martin 14270 Col. Magana La Mesa  
Tijuana  
(664) 628-7458

**Ornelas Cervantes, Ramon Arturo, DR.**  
Primera Art. 123 # 7032  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 336-2065

**Ruacho Chavez, Bernabe, DR.**  
Privada Montecarlo 12106-3Bb Fracc. Residencial Agua Caliente  
Tijuana  
(664) 621-7741

**Suarez Camacho, Jose, DR.**  
Carlos Lazo 344 Col. Postal  
Tijuana  
044 (664) 117-6891

**Vega Sotomayor, Javier, DR.**  
Blvd Las Amercias 5113-7 Lomas De Agua Caliente  
Tijuana  
044 (664) 111-9525

**Walker Beltran, Carmen Elisa, DR.**  
Calle De La Cueva 1936 El Dorado Playas De Tijuana  
Tijuana  
044 (664) 368-4300

ANESTESIOLOGIA PEDIATRICA

PEDIATRIC ANESTHESIOLOGY

**Villegas Sanchez, Felix, DR.**  
Simon Bolivar 5727 Col. Simon Bolivar  
Tijuana  
(664) 681-2039

ANGIOLOGIA

ANGIOLOGY

**Jaimes Martinez, Leonel, DR.**  
Guadalupe Victoria 9308-203  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 900-6157

AUDIOLOGIA Y TERAPIA DE LENGUAJE

AUDIOLOGY AND SPEECH THERAPY

**Angel Nieves, Petra Austreberta, DR.**  
Rio Bravo 9963 Col. Revolucion  
Tijuana  
(664) 681-7846

AUDIOLOGIA, OTONEUROLOGIA Y FONIATRIA

AUDIOLOGY AND OTONEUROLOGY

**Grupo Medyca Hernandez Aceves, Evangelina, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To. Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

CARDIOLOGIA

CARDIOLOGY

**Arce Piña, Lorenzo Adrian, DR.**  
Mision De San Diego 1527-212  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 634-3139

**Grupo Medico Guadalajara Mendoza Ortega, Oscar, DR.**  
Calle 2Da. #1416 4To. Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-0832

**Parcero Valdes, Juan Jose, DR.**  
Calle German Gedovius #9506-302  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 684-7568

**Prado Arechiga, Oscar German, DR.**  
Blvd Agua Caliente 4558 Piso 16 Col Aviacion.  
Tijuana  
664-104 14 46

CARDIOLOGIA PEDIATRICA

CARDIOLOGY (PEDIATRIC)

**Garcia Bedoy Rocha, Jaime, DR.**  
Paseo De Los Heroes 10999 Cons. 107 Torre De Cons Angeles  
Tijuana  
(664) 635-1804

**Murillo Olivas, Azucena, DR.**  
Bugambillas No. 50-202 Fracc. Del Prado  
Tijuana  
(664) 621-0131

CIRUGIA DE TORAX

CARDIOVASCULAR & THORACIC SURGERY

**Olivares Torres, Carlos Alberto, DR.**  
Paseo De Los Heroes # 10199 Consultorio 501 Zona Rio Torre Angeles  
Tijuana  
(664) 635-1825

CIRUGIA GENERAL

GENERAL SURGERY

**Grupo Medyca Garcia Carrillo, Jesus Armando, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To. Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca**  
**Oikawa Fregoso, Guillermo**  
**Alfonso, DR.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 683-2770

**Grupo Medyca 2**  
**Olivares Rodriguez, Sergio,**  
**DR.**  
 Ave. Padre Kino #10840-6  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 683-4703

**Romero Mejia, Cesar, DR.**  
 Calle Jose Clemente Orozco  
 #1407 Pb2  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 634-3301

---

#### CIRUGIA MAXILO FACIAL

---

#### MAXILLOFACIAL SURGERY

**Unident**  
**Ceseña Medina, Jose**  
**Francisco, DR.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 979-2203

---

#### CIRUGIA ONCOLOGICA

---

#### ONCOLOGY SURGERY

**Banda Cazares, Victor**  
**Hugo, DR.**  
 Ave. Jose Clemente Orozco  
 #2340-103  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 634-2486

**Grupo Medico Guadalajara**  
**Casillas Flores, Sergio**  
**Guillermo, DR.**  
 Calle 2Da. #1416 4To.  
 Zona Centro  
 Tijuana  
 (664) 685-9461

---

#### CIRUGIA PEDIATRICA

---

#### PEDIATRIC SURGERY

**Grupo Medyca 2**  
**Gaitan Moran, Jose Luis,**  
**DR.**  
 Ave. Padre Kino #10840-6  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 683-4703

**Grupo Medyca 2**  
**Tsutsumi Fujiyoshi, Jorge,**  
**DR.**  
 Ave. Padre Kino #10840-6  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 683-4703

---

#### CIRUGIA RECONSTRUCTIVA

---

#### RECONSTRUCTIVE SURGERY

**Grupo Medico Guadalajara**  
**Nunez Virgen, Manuel, DR.**  
 Calle 2Da. #1416 4To.  
 Zona Centro  
 Tijuana  
 (664) 638-1189

**Grupo Medyca**  
**Rolon Hernandez, Miguel**  
**Angel**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 683-2770

**Sandoval Nuñez,**  
**Servando, DR.**  
 German Gedovius 10431  
 Suite 405 Centro Medico  
 Lucerna  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 634-7755

---

#### DENTISTA

---

#### DENTIST

**Unident**  
**Amezcuca Mayen, Laura**  
**Alejandra, DRA.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 979-2203

**Unident**  
**Corral Apodaca, Martha**  
**Milena, DRA.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 979-2203

**Unident**  
**Gonzalez Gamboa,**  
**Gilberto, DR.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 979-2203

**Unident**  
**Mendez Leal, Elisa**  
**Fernanda, DRA.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 979-2203

**Unident**  
**Meza Lopez, Aaron, DR.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 979-2203

**Unident**  
**Murillo Salas, Judith**  
**Inocencia, DRA.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 979-2203

**Unident**  
**Peralta Romero, Ericka**  
**Berenice, DRA.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 979-2203

---

#### DERMATOLOGIA

---

#### DERMATOLOGY

**Grupo Medyca**  
**Izabal Fregozo, Jose**  
**Martin, DR.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 683-2770

**Grupo Medyca 2**  
**Medina Garcia, Araceli,**  
**DRA.**  
 Ave. Padre Kino #10840-6  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 683-4703

---

#### ENDOCRINOLOGIA

---

#### ENDOCRINOLOGY

**Grupo Medyca**  
**Cota Aguilar, Josefina,**  
**DRA.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 683-2770

**Grupo Medyca 2**  
**Seamanduras Pacheco, Luz**  
**Stella, DRA.**  
 Ave. Padre Kino #10840-6  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 683-4703

---

#### ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA

---

#### PEDIATRIC ENDOCRINOLOGY

**Trujillo Juarez, Daniel, DR.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana 406 4To  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 682-3645

---

#### ENDODONCIA

---

#### ENDODONTICS

**Unident**  
**Gutierrez Wing, Flor De**  
**Sol, DR.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 979-2203

**Unident**  
**Meza Reyes, Patricia**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 979-2203

---

#### GASTROENTEROLOGIA

---

#### GASTROENTEROLOGY

**Grupo Medyca**  
**Torres Hernandez, Jose**  
**Benjamin, DR.**  
 Edificio SIMNSA  
 Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 683-2770

**Hatchett Arenas,**  
**Alejandro, DR.**  
 Edmundo O Gorman #1571  
 Int 301  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 634-6644

---

#### GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA

---

#### PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY

**Maldonado Rayas, Jesus,**  
**DR.**  
 Calle 3Ra #1536-102 Medica  
 Mardel Entre Mutualismo y 5  
 De Mayo  
 Tijuana  
 (664) 685-0488

---

#### HEMATOLOGIA

---

#### HEMATOLOGY

**Guerra Raphael, Miguel**  
**Alejandro, DR.**  
 Calle 11 (Plutarco Elias Calles)  
 # 9367  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 684-0613

---

#### NEFROLOGIA

---

#### NEPHROLOGY

**Alvarez Lopez, Alfonso,**  
**DR.**  
 Mision De San Ignacio #  
 10616  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 634-3397

---

#### NEUMOLOGIA

---

#### PULMONARY MEDICINE

**Corral Moreno, Ruben, DR.**  
 Torre De Consultorios  
 Angeles, Av. Paseo De L  
 #10999 Consultorio #701  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 635-1837

---

#### NEUMOLOGIA

---

#### PEDIATRICA

---

#### PEDIATRIC PNEUMOLOGY

**Loaiza Martinez, Jose**  
**Antonio, DR.**  
 Calle German Gedovius  
 #10489 Int 204  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 634-6820

**NEUROCIROLOGIA**

**NEUROSURGERY**

**Centro Medico Simnsa Alcantar Enriquez, Javier, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Tijuana  
(686) 555-6322

**Godinez Perez, Arturo, DR.**  
Edificio Omega  
Jose Clemente Orozco 1506-105  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 900-7442

**NEUROLOGIA**

**NEUROLOGY**

**Barrera Pacheco, Juan Mariano, DR.**  
Calle Bugambillas #50  
Consultorio 404 Fracc. Del Prado (Dentro Del Hospital Del Prado)  
Tijuana  
(664) 685-0011

**Genel Castillo, Mario Alberto, DR.**  
Jose Clemente Orozco 10122-410  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 634-2121

**NEUROLOGIA**

**PEDIATRICA**

**PEDIATRIC NEUROLOGY**

**Durazo Diaz, Jose Alberto, DR.**  
Calle Jose Maria Velazco No. 2613 Int 105  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 634-2619

**NUTRICION**

**NUTRITION**

**Grupo Medyca Hernandez Ruiz, Rocio, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca Leal De La Llata, Maria Elisa, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**ODONTOLOGIA PEDIATRICA**

**PEDIATRIC DENTISTRY**

**Unident Arzamendi Cepeda, Lucrecia Rebeca, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 979-2203

**Unident Pacheco Solano, Silvia Melina, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 979-2203

**OFTALMOLOGIA**

**OPHTHALMOLOGY**

**Grupo Medyca Delgado Gutierrez, Josue, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Innovision Badilla, Felix Jaime, DR.**  
Plaza Campestre  
Blvd. Agua Caliente #11300  
Int. 112  
Col. Aviacion  
Tijuana  
(664) 681-7555

**Innovision Gudiño, Nuria, DRA.**  
Plaza Campestre  
Blvd. Agua Caliente #11300  
Int. 112  
Col. Aviacion  
Tijuana  
(664) 681-7555

**Innovision Guinea, Heidi Patricia, DRA.**  
Plaza Campestre  
Blvd. Agua Caliente #11300  
Int. 112  
Col. Aviacion  
Tijuana  
(664) 681-7555

**Innovision Matty, Natalya, DRA.**  
Plaza Campestre  
Blvd. Agua Caliente #11300  
Int. 112  
Col. Aviacion  
Tijuana  
(664) 681-7555

**Innovision Rangel, Miguel Angel, DR.**  
Plaza Campestre  
Blvd. Agua Caliente #11300  
Int. 112  
Col. Aviacion  
Tijuana  
(664) 681-7555

**Innovision Torres, Soraya, DRA.**  
Plaza Campestre  
Blvd. Agua Caliente #11300  
Int. 112  
Col. Aviacion  
Tijuana  
(664) 681-7555

**Innovision Villareal, Bladimir, DR.**  
Plaza Campestre  
Blvd. Agua Caliente #11300  
Int. 112  
Col. Aviacion  
Tijuana  
(664) 681-7555

**ONCOLOGIA MEDICA**

**MEDICAL ONCOLOGY**

**Hernandez Reyes, Octavio, DR.**  
Edificio Torre 7  
Calle Jose Clemente Orozco #2230 4To. Piso Consultorio 402  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 634-6831

**Ochoa Ortiz, Genoveva, DRA.**  
Ave. G Gonzalez Ortega 1050-1 Entre Calle 4Ta y 5Ta  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 688-0628

**OTORRINOLARINGOLOGIA**

**OTOLARYNGOLOGY**

**Grupo Medyca Loranca Olguin, Jose Francisco, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca 2 Vazquez Mellado, Sergio E., DR.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-4703

**OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIATRICA**

**PEDIATRIC OTORRINOLARINGOLOGY**

**Hernandez Gonzalez, Ruben, DR.**  
Hosp. Angeles  
Paseo De Los Heroes #10999  
Piso 2 Consultorio 201  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 635-1807

**PERIODONCIA**

**PERIODONTICS**

**Unident Camarena Duran, Leticia, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 979-2203

**PROCTOLOGIA**

**PROCTOLOGY**

**Gonzalez Jaidar, Sergio Alberto, DR.**  
Paseo De Los Heroes # 2507  
3Er Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 634-2290

**Reynoso Marquez, Ranulfo, DR.**  
Plaza Patria 3Er Piso Oficina 9  
Fracc. El Paraiso  
Tijuana  
(664) 681-9574

**REUMATOLOGIA**

**RHEUMATOLOGY**

**Grupo Medyca Reyes Rios, Eduardo, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**TERAPIA FISICA**

**PHYSICAL THERAPY**

**Bernal Arreola, Juan Jose, DR.**  
Ave. Las Americas #3999  
Local C-3 Fracc El Paraiso  
Tijuana  
(664) 681-5383

**Valdez Silva, Tobias Guillermo, DR.**  
Blvd Sanchez Taboada 1527-201  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 684-1226

**TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA**

**TRAUMATOLOGY & ORTHOPEDIA**

**Grupo Medico Guadalajara Beltran Rivas, Oscar Javier, DR.**  
Calle 2Da. #1416-103  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-0596

**Grupo Medyca Cardenas Diaz, Francisco, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca Curiel Ortega, Arturo, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca Garcia Perez, Sergio, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca 2 Ornelas Guzman, Raul, DR.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-4703

**Grupo Medyca 2 Robles Barbosa, Jose Manuel, DR.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-4703

**TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PEDIATRICA**

**PEDIATRIC ORTHOPEDICS AND TRAUMATOLOGY**

**Grupo Medyca 2 Genel Castillo, Oscar Genaro, DR.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-4703

---

UROLOGIA

UROLOGY

---

**Grupo Medyca**  
**Altamirano Medina, Juan Carlos, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca 2**  
**Carranza Reyna, Elias, DR.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-4703

# Proveedores de Salud Mental

# Behavioral Health Providers

[www.aetna.com](http://www.aetna.com)

[www.aetnaenespanol.com](http://www.aetnaenespanol.com)

**MEXICALI**

**PSICOLOGIA**

**PSYCHOLOGY**

**Centro Medico SIMNSA  
Tamayo Diaz, Maria Elia,  
DRA.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D  
y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**PSIQUIATRIA**

**PSYCHIATRY**

**Centro Medico SIMNSA  
Lopez Bastidas, Arturo, DR.**  
Ave. Reforma #1262 Entre D  
y E, 2da Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

**TIJUANA**

**PSICOLOGIA**

**PSYCHOLOGY**

**Grupo Medyca  
Castro Rodriguez,  
Consuelo, LIC.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca  
Perez Carbajal, Diana  
Veronica, LIC.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**PSICOLOGIA PEDIATRICA**

**PEDIATRIC PSYCHOLOGY**

**Ramirez Bojorquez,  
Adriana Maria, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana #406 3Er.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2775

**PSIQUIATRIA**

**PSYCHIATRY**

**Grupo Medyca  
Garcia Colorado, Jose  
Manuel, DR.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca  
Grajeda Gonzalez,  
Berenice, DRA.**  
Edificio SIMNSA  
Paseo Rio Tijuana 406 5To.  
Piso  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-2770

**Grupo Medyca 2  
Fierro Moncayo, Martha  
Lidia, DRA.**  
Ave. Padre Kino #10840-6  
Zona Río  
Tijuana  
(664) 683-4703

Otros Abastecedores Que  
Participantes

Other Participating Providers

[www.aetna.com](http://www.aetna.com)

[www.aetnaespanol.com](http://www.aetnaespanol.com)

## Centro Quirurgico

### CENTRO QUIRURGICO

### SURGICAL CENTER

#### Centro Quirurgico Medyca

Cqx Medyca Av. Paseo  
Tijuana #406 Planta Baja  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 979-2200

### CLINICA

### CLINIC

#### Centro Medico Simnsa Mexicali

Av. Reforma #1262 Entre D Y  
E Segunda Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

#### Grupo Medyca

Grupo Medyca Av. Paseo  
Tijuana #406 5To. Piso  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-2770

#### Grupo Medyca 2

Grupo Medyca 2 Ave. Padre  
Kino #10840-6 Plaza  
Castañeda  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-4703

### CLINICA DENTAL

### DENTAL CLINIC

#### Unident Mexicali

Av. Reforma #1262 Entre D Y  
E Segunda Seccion  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 555-6322

#### Unident Tijuana

Edificio SIMNSA  
Av. Paseo Tijuana #406 3Er.  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 979-2203

### EXAMEN DE LA VISTA

### EYE TEST

#### Innovision

Bldv. Agua Caliente #11300  
Int 112 Plaza Campestre Col.  
Aviacion  
Tijuana  
(664) 681-7555

#### Vista Optical

Bldv. Agua Caliente #4558  
C-1 Loc. 31 Torres De Agua  
Caliente Col. Aviacion  
Tijuana  
(664) 686-5145

### FARMACIAS

### PHARMACY

#### Botica Santa Maria

Av. Fco. I. Madero #700 Col.  
Primera Secc. Calle Morelos  
#407  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 552-8720

#### Farmacia Catedral

Av Reforma #990 Entre A Y B  
Zona Centro  
Mexicali  
(686) 552-6201

#### Farmacia Internacional Suc. Centro

Av. Niños Heroes #854 Entre  
2Da. Y 3Ra.  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 688-1865

#### Farmacia Internacional Suc. Centro

Av. Niños Heroes #891 Esq.  
Calle 3Ra.  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-3041

#### Farmacia Internacional Suc. Centro

Calle 2Da. Benito Juarez  
#7630-2  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-2900

#### Farmacia Internacional Suc. Centro

Calle 3Ra. Esq. Av. "D"  
#1652  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-9380

#### Farmacia Internacional Suc. Constitucion

Av. Constitucion #881  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-0409

#### Farmacia Internacional Suc. Inter

Calle 2Da. Y Niños Heroes  
#1745-4  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 688-0071

#### Farmacia Internacional Suc. Mesa

Bldv. Diaz Ordaz #390 Centro  
Comercial Sol La Mesa  
Tijuana  
(664) 621-63-44

#### Farmacia Internacional Suc. Otay

Bldv Tijuana #1099 Mesa De  
Otay  
Tijuana  
(664) 623 1598

#### Farmacia Internacional Suc. Playas

Paseo Ensenada #130-D  
Playas De Tijuana Centro  
Comercial Playas  
Tijuana  
(664) 680-9488

#### Farmacia Internacional Suc. Revolucion

Av. Revolucion #897  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 688-1394

#### Farmacia Internacional Suc. Rio

Av. Independencia #1745  
Esq. Ignacio Comonfor  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 684-7260

#### Farmacia Internacional Suc. Rosarito

Bldv. Juarez Y Acacias  
#778 Playas De Rosarito  
Rosarito  
(661) 612-0571

#### Farmacia Internacional Suc. Segunda

Calle 2Da. #1711  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 688-1600

#### Farmacia Internacional Suc. Sta. Cecilia

Av. Constitucion #975 Esq.  
Calle 2Da.  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-2790

#### Farmacia Internacional Suc. Tecate

Av. Lazaro Cardenas #13 Esq.  
Hidalgo  
Zona Centro  
Tecate  
(665) 521-2220

#### Farmacia Internacional Suc. Villa

Calle Abraham Gonzalez #82  
Col. Francisco Villa  
Tijuana  
(664) 637-7606

#### Farmacia Nacional Suc. Bellas Artes

Bldv. Bellas Artes #19950  
Local 25 Col. Nueva Tijuana  
Tijuana  
(664) 607-0978

#### Farmacia Nacional Suc. Boulevard

Bldv. Agua Caliente #2402-A  
Fracc. Neidhart  
Tijuana  
(664) 686-3637

#### Farmacia Nacional Suc. Brisas

Bldv. Diaz Ordaz #1320 Fracc.  
Las Brisas  
Tijuana  
(664) 103-6201

#### Farmacia Nacional Suc. Carrusel

Bldv. Diaz Ordaz #15602  
Locales 2B, 64A Y 65A Fracc.  
Las Brisas  
Tijuana  
(664) 686-0204

#### Farmacia Nacional Suc. Cucapah

Bldv. Cucapah #21352 Local  
2 Y 3 Fracc. Jardin Dorado  
Tijuana  
(664) 661-1088

#### Farmacia Nacional Suc. Davila

Av. 16 De Sept. #1100 Esq.  
Gov. Balarezo Col. Davila  
Tijuana  
(664) 681-7056

#### Farmacia Nacional Suc. Guerrero

Calle 3Ra. #7442 Entre F Y G  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 638-4867

#### Farmacia Nacional Suc. Hosp. General

Av. Centenario #10851  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 634-7201

#### Farmacia Nacional Suc. Marron

Bldv. Sanchez Taboada #1600  
L-15  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 634-1888

#### Farmacia Nacional Suc. Matamoras

Ruta Mariano Matamoras  
#10402 Locales 23 Y 24 Col.  
Mariano Matamoras  
Tijuana  
(664) 902-1689

#### Farmacia Nacional Suc. Otay

Czda. Tecnologico #103 Otay  
Universidad  
Tijuana  
(664) 682-1526

#### Farmacia Nacional Suc. Pinos

Bldv. Gustavo Diaz Ordaz  
#16993 Col. Los Pinos De  
Nares  
Tijuana  
(664) 660-8615

#### Farmacia Nacional Suc. Primera

Calle 1Ra. Y Constitucion  
#500  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-3039

#### Farmacia Nacional Suc. Rosarito

Bldv. Benito Juarez #984  
Local 18 Plaza Comercial  
Ejido Mazatlan  
Rosarito  
(661) 612-2905

#### Farmacia Nacional Suc. Sanchez Taboada

Av. Sanchez Taboada #14902  
Col. Sanchez Taboada  
Tijuana  
(664) 626-5920

#### Farmacia Nacional Suc. Santa Fe

Bldv. Santa Fe #6128 Villa  
Residencial Santa Fe 3Ra.  
Secc.  
Tijuana  
(664) 974-5899

#### Farmacia Nacional Suc. Segunda

Calle 2Da. #1905  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-5566

#### Farmacia Nacional Suc. Soler

Av. Braulio Maldonado #1  
Fracc. Soler  
Tijuana  
(664) 680-4770

#### Farmacia Nacional Suc. Tercera

Calle 3Ra. #1845  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 685-7925

#### Farmacia Nacional Suc. Toreo

Calle Gobernador Lugo  
#3003 Local 114 Col.  
Gabilondo  
Tijuana  
(664) 686-3910

#### Farmacia Nacional Suc. Torres

Bldv. Agua Caliente  
#4558-29 Fracc. Aviacion  
Tijuana  
(664) 681-8700

#### Farmacia Pey Pharma Suc. Plaza

Av. Padre Kino #10840 Local  
9 Plaza Castañeda  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 683-3147

#### Farmacia Pey Pharma Suc. Rio

Av. Guadalupe Victoria #  
51-A  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 638-8121

#### Farmacia Pey Pharma Suc. Simnsa

Edificio SIMNSA  
Av. Paseo Tijuana #406 Pb  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 682-8472

#### Farmacia Pey Pharma Suc. Viva

Via De La Juventud #412 Col.  
Federal  
Tijuana  
(664) 683-5605

#### Farmacos Especializados

Av. Paseo De Los Heroes  
#2904  
Zona Rio  
Tijuana  
(664) 634-7479

#### Farmacos Especializados

Calle 9Na. Esq. Av. Madero  
#8329  
Zona Centro  
Tijuana  
(664) 688-3778

#### Farmacos Especializados Mxl.

Av. Reforma # 1102 Esq.  
Calle C Col. 2Da. Seccion  
Mexicali  
(686) 551-9369

## Otros Abastecedores Que Participantes

**Pey Pharma Mexicali**  
 Av. Reforma #1262 Entre D Y  
 E Segunda Seccion  
 Zona Centro  
 Mexicali  
 (686) 553-6341

**HEMATOLOGIA**

**HEMATOLOGY**

**Banco De Sangre Y  
 Laboratorio Clínico Haima**  
 Calle 11 (Elias Calles) # 9367  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 684-0613

**LABORATORIO**

**LABORATORY**

**Interlab Laboratorio**  
 Edificio SIMNSA  
 Av. Paseo Tijuana 406 2Do.  
 Piso  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 622-2276

**Laboratorio Arzac**  
 Calle F Esq. Zaragoza # 1398  
 Col. Nueva  
 Mexicali  
 (686) 552-4526

**Laboratorio Clínico Lozano**  
 Av. Reforma #1317 Entre E Y  
 F Segunda Seccion  
 Zona Centro  
 Mexicali  
 (686) 553-6676

**Laboratorio Dorado**  
 Av. Obregon 1500 Y Calle G  
 Col. Nueva  
 Mexicali  
 (686) 552-3230

**Laboratorio Fagmay**  
 Av. Revolucion # 90-2 Fracc.  
 Romero  
 Tecate  
 (665) 521-2280

**MEDICINA NUCLEAR**

**NUCLEAR MEDICINE**

**Centro Medico Nuclear Dr.  
 Pablo Higuera Bogarin**  
 Jose Clemente Orozco #1416  
 2-B  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 634-3880

**PATOLOGIA Y  
 CITOLOGIA**

**CYTOLOGY &  
 PATHOLOGY**

**Hernandez Bravo Fortino**  
 Lerdo De Tejada Y Calle B  
 1013-1  
 Zona Centro  
 Mexicali  
 686-554-1731

**RADIOLOGIA Y  
 ULTRASONIDO**

**RADIOLOGY &  
 ULTRASOUND**

**Centro De Deteccion Y  
 Diagnostico Sc**  
 Av. Obregon #743-2  
 Zona Centro  
 Mexicali  
 (686) 553-4678

**Centro De Deteccion Y  
 Diagnostico Sc**  
 Circuito Brasil #82 Parque  
 Ind. El Alamo  
 Mexicali  
 (686) 565-7555

**Diagnostico Por Imagen  
 Radiologia Y Ultrasonido**  
 Madero 641-1B  
 Zona Centro  
 Mexicali  
 (686) 552-9939

**Imagen Clinica Express**  
 Calle Javier Mina 9308 A Esq.  
 Comonfort Planta  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 634-0052

**Imaxess Radiologia Y  
 Tomografia**  
 Calle Jalisco # 2530 Col.  
 Cacho  
 Tijuana  
 (664) 634-1118

**Medimagen Del Parque Sc**  
 Calle 4Ta Diaz Miron 7443  
 Zona Centro  
 Tijuana  
 (664) 685-1388

**Nucleo Radiologico Sa De  
 Cv**  
 Calle Jose Clemente Orozco  
 #10122 Pb  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 634-7590

**Radiologia Integral De  
 Mexicali Sc**  
 Av. Sebastian Lerdo De Tejada  
 No. 1001  
 Mexicali  
 (686) 582-3600

**Radiologia Simnsa Mexicali**  
 Centro Medico Simnsa Av  
 Reforma #1262 Entre D Y E  
 Segunda Seccion  
 Zona Centro  
 Mexicali  
 (686) 555-6322

**Radiologia Y Ultrasonido  
 Simnsa**  
 Ave Paseo Tijuana 406 Pb  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 979-2200

**Rayos X Y Ultrasonido  
 Lucerna**  
 Calle Alfredo Ramos Martinez  
 #8-101  
 Zona Río  
 Tijuana  
 (664) 684-0587

**Resonancia Magnetica De  
 Mexicali Sc**  
 Av. Reforma 719-2 Primera  
 Secc Esq Calle Bravo  
 Mexicali  
 (686) 552-2635

**Unidad De Radiologia Vsd  
 Dr. Salcido**  
 Ave Revolucion 121  
 Zona Centro  
 Tecate  
 (665) 655-7535

**RADIOTERAPIA**

**RADIATION THERAPY**

**Radioterapia De Baja  
 California Sa De Cv**  
 Av. General Ferreira 2236-A  
 Col. Juarez  
 Tijuana  
 (664) 684-8154



Índice de proveedores

Index of Providers

[www.aetna.com](http://www.aetna.com)

[www.aetnaespanol.com](http://www.aetnaespanol.com)

# Índice de proveedores - Index of Providers

<b>A</b>	<i>Página</i>
Aguilera Zarate, Fernando, DR.	10
Alcantar Enriquez, Alejandro, DR.	10
Alcantar Enriquez, Javier, DR.	13
Aldrete Vazquez, Ruben, DR.	4
Almiray Lopez, Jose Luis, DR.	10
Altamirano Medina, Juan Carlos, DR.	14
Alvarez Lopez, Alfonso, DR.	12
Amezcuca Mayen, Laura Alejandra, DR.	12
Angel Nieves, Petra Austreberta, DR.	11
Araiza Casillas, Rodolfo, DR.	10
Arce Piña, Lorenzo Adrian, DR.	11
Arzamendi Cepeda, Lucrecia Rebeca, DR.	13
<b>B</b> <i>Página</i>	
Badilla, Felix Jaime, DR.	13
Banco De Sangre Y Laboratorio Clinico Haima	19
Banda Cazares, Victor Hugo, DR.	12
Barrera Pacheco, Juan Mariano, DR.	13
Bazan Perez, Carlos Vicente, DR.	4
Beltran Rivas, Oscar Javier, DR.	13
Bernal Arreola, Juan Jose, DR.	13
Bernal Ayala, Martha Carolina, DR.	8
Botica Santa Maria	18
Bustamante Vildosola, Juan Antonio, DR.	10
<b>C</b> <i>Página</i>	
Cabrera Morales, Victor Andres, DR.	11
Calette Marquez, Andres, DR.	4
Camacho Mondragon, Jesus Antonio, DR.	10
Camarena Duran, Leticia, DR.	13
Canchola Acevedo, Cesar, DR.	11
Carabarin Garcia, Maria Magdalena, DR.	11
Cardenas Diaz, Francisco, DR.	13
Cardenas Ley, Arnoldo, DR.	10
Carmona Martinez, Noemi, DR.	4
Carrada Perez, Maria Susana, DR.	11
Carranza Reyna, Elias, DR.	14
Casillas Barba, Miguel, DR.	11
Casillas Flores, Sergio Guillermo, DR.	12
Castillo Meza, Juan Carlos, DR.	11
Castrejon Tovar, Marisela, DR.	11
Castro Rodriguez, Consuelo, LIC.	16
Centro De Deteccion Y Diagnostico Sc	19
Centro Medico Florence	2
Centro Medico Florence Suc. Cucapah	2
Centro Medico Nuclear Dr. Pablo Higuera Bogarin	19
Centro Medico SIMNSA	4, 8, 10, 11
Centro Medico Simnsa	13
Centro Medico SIMNSA	16
Centro Medico Simnsa Mexicali	18
Centro Quirurgico Medyca	18
Ceseña Medina, Jose Francisco, DR.	12
Chavez Rios, Roberto, DR.	11
Clinica Santa Catalina De Tecate	2
Collins Chapula, Pablo Salvador, DR.	4
Corral Apodaca, Martha Milena, DR.	12

Corral Moreno, Ruben, DR.	12
Cota Aguilar, Josefina, DR.	12
Curiel Ortega, Arturo, DR.	13

<b>D</b>	<i>Página</i>
Da Costa Gomez Bistrain, Carlos Manuel, DR.	10
Da Costa Gomez Bueno, Cesar, DR.	10
Davalos Ruiz, Enrique, DR.	10
Davila Mendez, Teresa, DR.	4
Del Barco Aguilar, Olga Olivia, DR.	11
Del Pilar Sanchez, Maria, DR.	10
Del Valle Ruiz, Isai, DR.	11
Delgado Gutierrez, Josue, DR.	13
Delgado Hurtado, Jose Manuel, DR.	10
Delgado Osuna, Veronica, DR.	11
Diagnostico Por Imagen Radiologia Y Ultrasonido	19
Driottz Angulo, Normando, DR.	10
Duarte Davila, Lilia, DR.	4
Durazo Diaz, Jose Alberto, DR.	13
Durazo Madrid, Jose Juan, DR.	10

<b>E</b>	<i>Página</i>
Escalante Dominguez, Alberto Jose, DR.	11
Espinoza Valenzuela, Cecilia, DR.	4
Esquer Flores, Joaquin, DR.	11
Estolano Hernandez, Guillermo, DR.	4

<b>F</b>	<i>Página</i>
Farmacia Catedral	18
Farmacia Internacional Suc. Centro	18
Farmacia Internacional Suc. Constitucion	18
Farmacia Internacional Suc. Inter	18
Farmacia Internacional Suc. Mesa	18
Farmacia Internacional Suc. Otay	18
Farmacia Internacional Suc. Playas	18
Farmacia Internacional Suc. Revolucion	18
Farmacia Internacional Suc. Rio	18
Farmacia Internacional Suc. Rosarito	18
Farmacia Internacional Suc. Segunda	18
Farmacia Internacional Suc. Sta. Cecilia	18
Farmacia Internacional Suc. Tecate	18
Farmacia Internacional Suc. Villa	18
Farmacia Nacional Suc. Bellas Artes	18
Farmacia Nacional Suc. Boulevard	18
Farmacia Nacional Suc. Brisas	18
Farmacia Nacional Suc. Carrusel	18
Farmacia Nacional Suc. Cucapah	18
Farmacia Nacional Suc. Davila	18
Farmacia Nacional Suc. Guerrero	18
Farmacia Nacional Suc. Hosp. General	18
Farmacia Nacional Suc. Marron	18
Farmacia Nacional Suc. Matamoros	18
Farmacia Nacional Suc. Otay	18
Farmacia Nacional Suc. Pinos	18
Farmacia Nacional Suc. Primera	18
Farmacia Nacional Suc. Rosarito	18
Farmacia Nacional Suc. Sanchez Taboada	18
Farmacia Nacional Suc. Santa Fe	18

Farmacia Nacional Suc. Segunda	18
Farmacia Nacional Suc. Soler	18
Farmacia Nacional Suc. Tercera	18
Farmacia Nacional Suc. Tereo	18
Farmacia Nacional Suc. Torres	18
Farmacia Pey Pharma Suc. Plaza	18
Farmacia Pey Pharma Suc. Rio	18
Farmacia Pey Pharma Suc. Simnsa	18
Farmacia Pey Pharma Suc. Viva	18
Farmacos Especializados	18
Farmacos Especializados Mxl.	18
Fava Ruelas Martin, Ernesto, DR.	4
Fernandez Marquez, Jorge, DR.	11
Fierro Moncayo, Martha Lidia, DR.	16
Figueroa, Anahi, DR.	4
Figueroa Puente, Jose Francisco, DR.	8
Fincke, Gabriela, DR.	4

<b>G</b>	<i>Página</i>
Gaitan Moran, Jose Luis, DR.	12
Gallegos Perez, Benjamin, DR.	4
Gaona Nava, Virginia, DR.	4
Garcia Bedoy Rocha, Jaime, DR.	11
Garcia Carrillo, Jesus Armando, DR.	11
Garcia Colorado, Jose Manuel, DR.	16
Garcia Perez, Sergio, DR.	13
Garcia Valdez, Maria Leonor, DR.	4
Garcia Zeevaert, Joaquin, DR.	11
Genel Castillo, Mario Alberto, DR.	13
Genel Castillo, Oscar Genaro, DR.	13
Godinez Perez, Arturo, DR.	13
Gomez Cardenas, Adriana, DR.	8
Gonzalez Gamboa, Gilberto, DR.	12
Gonzalez Hector, Alejandro, DR.	8
Gonzalez Jaidar, Sergio Alberto, DR.	13
Grajeda Gonzalez, Berenice, DR.	16
Grupo Medico Guadalajara	4, 8, 11, 12, 13
Grupo Medyca	4, 5, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 18
Grupo Medyca 2	4, 5, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 18
Gudiño, Nuria, DR.	13
Guerra Raphael, Miguel Alejandro, DR.	12
Guinea, Heidi Patricia, DR.	13
Gutierrez Beltran, Esmeralda, DR.	11
Gutierrez Del Moral, Carlos Adon, DR.	4
Gutierrez Wing, Flor De Sol, DR.	12
Guzman Sandoval, Maria Guadalupe, DR.	4

<b>H</b>	<i>Página</i>
Hatchett Arenas, Alejandro, DR.	12
Hernandez Aceves, Evangelina, DR.	11
Hernandez Brambila, Gabriel, DR.	10
Hernandez Bravo Fortino	19
Hernandez Curiel, Bernardo, DR.	10
Hernandez De Anda, Gabriel, DR.	8
Hernandez Gonzalez, Ruben, DR.	13
Hernandez Morales, Daniel, DR.	4
Hernandez Peña, Roberto, DR.	10
Hernandez Reyes, Octavio, DR.	13
Hernandez Ruiz, Rocio, DR.	13
Hospital Angeles Tijuana	2
Hospital Centro Medico Nova	2
Hospital De La Mujer	2
Hospital Del Carmen	2
Hospital Guadalajara	2

Hospital Hispano Americano (Siglo Xxi)	2
Hospital San Angel	2

<b>I</b>	<i>Página</i>
Imagen Clinica Express	19
Imaxess Radiologia Y Tomografia	19
Innovision	13, 18
Interlab Laboratorio	19
Izabal Fregozo, Jose Martin, DR.	12

<b>J</b>	<i>Página</i>
Jaimes Martinez, Leonel, DR.	11
Jimenez, Jazmin, DR.	4

<b>L</b>	<i>Página</i>
Laboratorio Arzac	19
Laboratorio Clinico Lozano	19
Laboratorio Dorado	19
Laboratorio Fagmay	19
Lara Assmar, Monica, DR.	10
Leal De La Lata, Maria Elisa, DR.	13
Leo Egurrola, Antonio, DR.	10
Leon Miranda, Alvaro, DR.	4
Lira Pedrin, Alejandro, DR.	5
Loaiza Martinez, Jose Antonio, DR.	12
Lopez Arellano, Nestor, DR.	4
Lopez Bastidas, Arturo, DR.	16
Lopez Carrizosa, Jesus, DR.	4
Lopez Gonzalez, Ana Luisa, DR.	10
Lopez Medina, Araceli, DR.	8
Lopez Soto, Damian, DR.	4
Lopez Villavicencio, Vanessa, DR.	10
Loranca Olguin, Jose Francisco, DR.	13

<b>M</b>	<i>Página</i>
Machado Leon, Guadalupe, DR.	8
Magaña De Hoyos, Norica Lizzeli, DR.	4
Maldonado Rayas, Jesus, DR.	12
Manriquez Castro, Diana, DR.	10
Manzo Suarez, Francisco Javier, DR.	10
Matty, Natalya, DR.	13
Medimagen Del Parque Sc	19
Medina Garcia, Araceli, DR.	12
Mendez Leal, Elisa Fernanda, DR.	12
Mendoza Ortega, Oscar, DR.	11
Meza Lopez, Aaron, DR.	12
Meza Reyes, Patricia	12
Morelos Garcia, Jose Trinidad, DR.	11
Moreno, Aida, DR.	10
Moreno Abarca, Ruben, DR.	11
Murillo Olivas, Azucena, DR.	11
Murillo Salas, Judith Inocencia, DR.	12

<b>N</b>	<i>Página</i>
Navarro Celaya, Cesar Alejandro, DR.	10
Nucleo Radiologico Sa De Cv	19
Nunez Virgen, Manuel, DR.	12

<b>O</b>	<i>Página</i>
Ochoa Ortiz, Geneveva, DR.	13
Oikawa Fregoso, Guillermo Alfonso, DR.	12

Olivares Rodriguez, Sergio, DR. ....	12
Olivares Torres, Carlos Alberto, DR. ....	11
Ornelas Cervantes, Ramon Arturo, DR. ....	11
Ornelas Guzman, Raul, DR. ....	13

## **P** *Página*

Pacheco Solano, Silvia Melina, DRA. ....	13
Parcero Valdes, Juan Jose, DR. ....	11
Perales Acevedo, Elias, DR. ....	4
Peralta Romero, Ericka Berenice, DRA. ....	12
Perez Carbajal, Diana Veronica, LIC. ....	16
Perez Lagunas, Rosa Patricia, DRA. ....	10
Pey Pharma Mexicali. ....	19
Pineda Ibarrola, Rossana, DRA. ....	4
Prado Arechiga, Oscar German, DR. ....	11

## **Q** *Página*

Quintana Moffatt, Monica, DRA. ....	4
-------------------------------------	---

## **R** *Página*

Radiologia Integral De Mexicali Sc. ....	19
Radiologia Simnsa Mexicali. ....	19
Radiologia Y Ultrasonido Simnsa. ....	19
Radioterapia De Baja California Sa De Cv. ....	19
Ramirez Bojorquez, Adriana Maria, DRA. ....	16
Ramirez Varela, Juan Gerardo, DR. ....	4
Ramos Corona, Luis Enrique, DR. ....	5
Rangel, Miguel Angel, DR. ....	13
Rayos X Y Ultrasonido Lucerna. ....	19
Resonancia Magnetica De Mexicali Sc. ....	19
Reyes Rios, Eduardo, DR. ....	13
Reynoso Marquez, Ranulfo, DR. ....	13
Rivera Villegas, Sergio, DR. ....	8
Robles Barbosa, Jose Manuel, DR. ....	13
Rolon Hernandez, Miguel Angel. ....	12
Romero Mejia, Cesar, DR. ....	12
Ruacho Chavez, Bernabe, DR. ....	11
Ruiz Ramos, Rosa, DRA. ....	5

## **S** *Página*

Sanatorio Santa Catalina De Baja California. ....	2
Sanchez Delgado, Alberto, DR. ....	11
Sanchez Penunuri, Alfonso, DR. ....	10
Sandoval Nuñez, Servando, DR. ....	12
Sarmiento Gastelum, Fernando, DR. ....	4
Sauceda Montaño, Alejandro, DR. ....	8
Seamanduras Pacheco, Luz Stella, DRA. ....	12
Silva Bastidas, Marisol, DR. ....	4
Soto Collins, Celia, DRA. ....	10
Soto Ontiveros, Maria Lourdes, DRA. ....	4
Soto Valladolid, Rosa Angelica, DRA. ....	8
Suarez Camacho, Jose, DR. ....	11

## **T** *Página*

Tamayo Diaz, Maria Elia, DRA. ....	16
Tellado Trucios, Luis Manuel, DR. ....	4
Terapia Fisica Integral. ....	10

Toledo Granillo, Ana Isabel, DRA. ....	10
Torres, Soraya, DRA. ....	13
Torres Eyraud, Alejandra, DRA. ....	8
Torres Hernandez, Jose Benjamin, DR. ....	12
Trujillo Heredia, Martha Patricia, DRA. ....	5
Trujillo Juarez, Daniel, DR. ....	12
Tsutsumi Fujiyoshi, Jorge, DR. ....	12

## **U** *Página*

Unidad De Radiologia Vsd Dr. Salcido. ....	19
Unident. ....	12, 13
Unident Mexicali. ....	18
Unident Mxl. ....	10
Unident Tijuana. ....	18

## **V** *Página*

Valdez Silva, Tobias Guillermo, DR. ....	13
Valdez Yañez, Aaron, DR. ....	10
Valerio Flores, Jose Antonio, DR. ....	5
Varela Beltran, Jorge, DR. ....	4
Vazquez Mellado, Sergio E., DR. ....	13
Vega Sotomayor, Javier, DR. ....	11
Velez Gasca, Isidro, DR. ....	4
Velez Gutierrez, Carlos Ismael, DR. ....	10
Vera De Leon, Lizeth, DRA. ....	11
Victoria Laborin, Luis, DR. ....	8
Villareal, Bladimir, DR. ....	13
Villegas Sanchez, Felix, DR. ....	11
Virgen Santiesteban, Javier, DR. ....	4
Vista Optical. ....	18

## **W** *Página*

Walker Beltran, Carmen Elisa, DRA. ....	11
---	----





**DocFind —  
Disponibile las 24  
horas del día, los 7  
días de la semana.**

**DocFind —  
Available to you  
24 hours a day,  
7 days a week.**

### **¿Necesita encontrar un proveedor?**

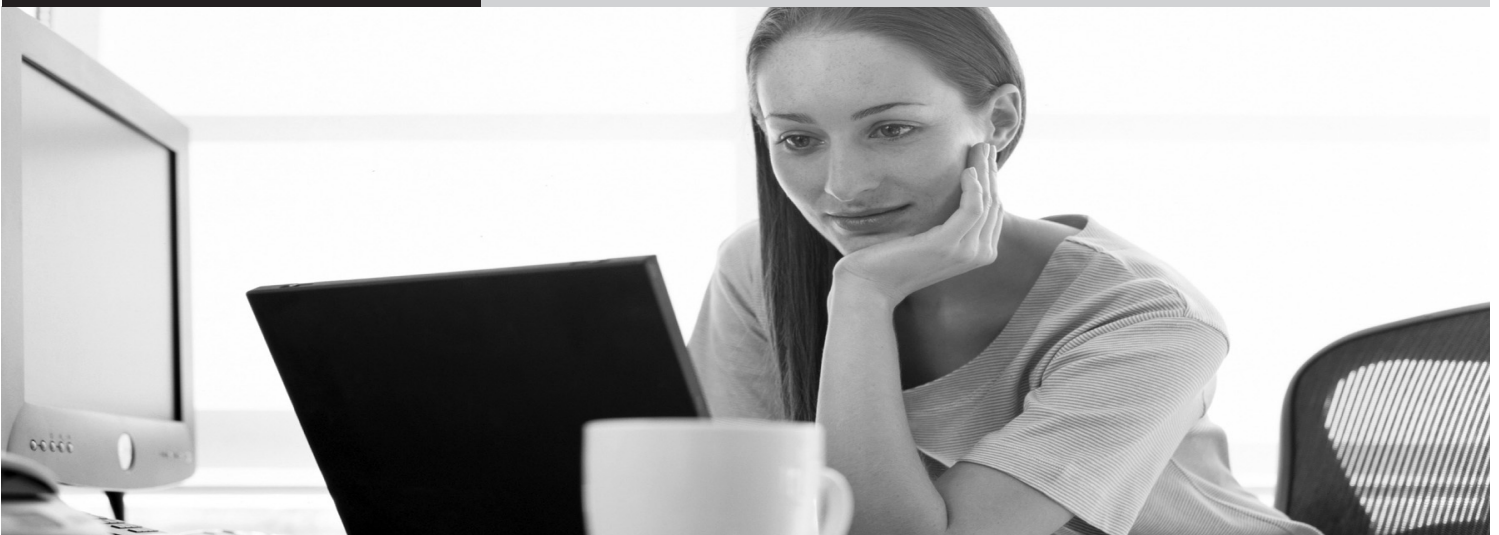
A través del sitio de Internet *Aetna Navigator™*, los miembros podrán entrar fácilmente a nuestro listado de proveedores médicos *DocFind®* para ubicar a médicos y otros profesionales de la salud en el área.

**Take control of your health with help from Aetna —  
[www.aetna.com](http://www.aetna.com)**

### **Need To Find a Provider?**

Through the *Aetna Navigator™* website, members can easily link to our *DocFind®* online provider directory to locate physicians or other health care professionals in your area.

**Take charge of your health with help from Aetna —  
[www.aetna.com](http://www.aetna.com)**



### **En Internet**

También puede obtener información sobre los médicos, entre otras, sus afiliaciones hospitalarias, su educación médica, si tiene certificación de la junta y los idiomas que habla. Ingrese al sitio de Internet de Aetna para obtener acceso rápido a otros recursos que están a disposición de nuestros miembros. Se informará más sobre nuestro compromiso a poner a su alcance un servicio de la salud accesible, económico y práctico.

### **On the Web**

You can also access information about physicians' hospital affiliations, medical education, board certification status and languages spoken. Connect to the Aetna website for fast access to other resources available to our members. You'll learn more about our commitment to making quality health accessible, affordable and convenient.