

PLAN INDIVIDUAL
Y FAMILIAR

Póliza individual



2024

SecurityHealth PlanSM

Promises kept, plain and simple.[®]

Documento de la póliza

Esta Póliza es una descripción general de los beneficios del seguro de salud que se les brinda a los miembros de Security Health Plan y a sus dependientes calificados.

Este documento y el Programa de beneficios del miembro conforman la póliza del miembro. Ambos documentos incluyen la información que los miembros deben conocer sobre lo que cubre y no cubre Security Health Plan. Lea esta Póliza y el Programa de beneficios para comprender la cobertura y evitar costos inesperados. Los miembros pueden comunicarse con Security Health Plan para hacer preguntas.



AVISO IMPORTANTE: Los beneficios no están disponibles cuando los servicios se reciben de un proveedor de atención médica fuera de la red, excepto en circunstancias limitadas. Visite www.securityhealth.org/directory, llame al Servicio al Cliente al 1-844-293-9624, TTY 711, o envíe un correo electrónico al Servicio al Cliente a shpcsweb@securityhealth.org para verificar si un proveedor de atención médica es un proveedor de atención médica de la red. Nuestro horario de atención es de 7:00 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes.

Se han realizado todos los esfuerzos para garantizar que la información incluida en esta Póliza sea precisa. Cualquier beneficio descrito está sujeto a los términos y las condiciones de la cobertura. Consulte el Programa de beneficios, incluido en los materiales para los miembros nuevos, para verificar la cobertura, las obligaciones y las responsabilidades conforme a la cobertura.

La póliza es renovable, excepto como se menciona en las disposiciones de finalización de la póliza. Consulte "Cuándo finaliza la cobertura".



SU DERECHO A DEVOLVER ESTA PÓLIZA. Lea esta póliza de inmediato. Si no está satisfecho con la póliza por algún motivo, puede devolvérsela a Security Health Plan en el plazo de los 10 días después de la entrega. Al devolverla, la póliza ya no será válida. Si devuelve la póliza en el plazo de los 10 días, Security Health Plan reembolsará todas las primas a la persona que las pagó.

Los beneficios mencionados en esta Póliza solo están disponibles siempre que la cobertura permanezca vigente. La Póliza y el Programa de beneficios se deben leer juntos para asegurarse de que la información sea precisa. Las palabras que se encuentran en este documento escritas en cursiva y color azul se definen en la sección "Definiciones" al final de esta Póliza.

SECURITY HEALTH PLAN OF WISCONSIN, INC.
1515 NORTH SAINT JOSEPH AVENUE
PO BOX 8000
MARSHFIELD, WI 54449-8000
Teléfono del Servicio al Cliente: 1-844-293-9624 · TTY 711
Fax: 715-221-9500
Correo electrónico: shpcsweb@securityhealth.org
www.securityhealth.org

Hable en directo y en línea con un agente del Servicio al Cliente. Debe ser un miembro actual y haber iniciado sesión en su cuenta de My Security Health Plan. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

ÍNDICE

SECCIÓN I: DÓNDE PUEDEN RECIBIR ATENCIÓN LOS MIEMBROS	1
SECCIÓN II: CÓMO PUEDE INSCRIBIRSE EN NUESTRO PLAN.....	3
SECCIÓN III: AUTORIZACIÓN PREVIA.....	6
SECCIÓN IV: BENEFICIOS DEL MIEMBRO	8
SECCIÓN V: EXCLUSIONES GENERALES: LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO.....	30
SECCIÓN VI: QUÉ SUCEDE SI LOS MIEMBROS TIENEN MÁS DE UN PLAN	34
SECCIÓN VII: CÓMO FUNCIONA NUESTRA COBERTURA CUANDO LOS MIEMBROS TIENEN MEDICARE	37
SECCIÓN VIII: PAUTAS COMERCIALES DEL PLAN DE SALUD	38
SECCIÓN IX: AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN/SERVICIOS PARA PERSONAS CON DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS	55
SECCIÓN X: CÓMO PROTEGE SU PRIVACIDAD SECURITY HEALTH PLAN	58
SECCIÓN XI: DEFINICIONES	64

SECCIÓN I: DÓNDE PUEDEN RECIBIR ATENCIÓN LOS MIEMBROS

Security Health Plan es una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que brinda servicios a los residentes de ciertos condados de Wisconsin. Por lo general, un miembro debe consultar a un proveedor de atención médica de la red de Security Health Plan, a menos que se indique lo contrario en el Programa de beneficios. Nuestro Directorio de proveedores más actualizado se puede encontrar en nuestro sitio web en www.securityhealth.org/directory. Para obtener una copia impresa de nuestro Directorio de proveedores, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan.



AVISO IMPORTANTE: Para los planes HMO y EPO, los beneficios se encuentran disponibles solo si los servicios se reciben de un proveedor de atención médica de la red, salvo en circunstancias específicas. Visite el sitio web www.securityhealth.org/directory, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan al 1-844-293-9624, TTY 711, o envíe un correo electrónico a shpcsweb@securityhealth.org para verificar si un proveedor de atención médica es un proveedor de atención médica de la red. Nuestro horario de atención es de 7:00 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes.



AVISO IMPORTANTE: Security Health Plan limita los pagos para los proveedores fuera de la red a nuestro cuadro de tarifas habituales, usuales y razonables (UCR) para los servicios cubiertos. Los cargos UCR se determinan al comparar los cargos del proveedor por servicios similares ajustados al área geográfica donde se prestan los servicios, o por otros métodos, según lo definido en este documento. Si un cargo excede nuestro cuadro de tarifas UCR, es posible que Security Health Plan pague menos que el cargo facturado según la comparación del cargo facturado por la UCR, lo que lo hace responsable de cualquier cargo adicional, así como también de los deducibles, el coseguro y los copagos aplicables. Cualquier cargo en el que incurra más allá de los cuadros de tarifas UCR no se acumula hacia los límites de lo que paga de su bolsillo.

Facturación de saldos

Según la ley federal, usted está protegido contra la facturación de saldos en ciertas circunstancias. Si recibe servicios de emergencia (para los cuales los beneficios están disponibles conforme a su plan) de un proveedor fuera de la red, es posible que el proveedor fuera de la red no le facture a usted y no lo haga responsable de ningún monto de dichos servicios de emergencia que sea superior a los requisitos de deducibles y coseguros para dichos servicios de emergencia en virtud de su plan.

Si, mientras recibe servicios en un hospital dentro de la red o en un centro quirúrgico ambulatorio, recibe servicios de emergencia (para los cuales los beneficios están disponibles conforme a su plan) de un proveedor fuera de la red, es posible que el proveedor fuera de la red no le facture a usted y no lo haga responsable de ningún monto de dichos servicios que sea superior a los requisitos de deducibles y coseguros para dichos servicios en virtud de su plan, sin proporcionar un aviso suficiente y obtener su consentimiento para recibir una factura por un monto más elevado.

Puede consultar más información sobre sus derechos y protecciones contra la facturación de saldos en nuestro sitio web en <https://www.securityhealth.org/no-surprises-act>.

Cómo recibir servicios de proveedores de atención médica fuera de la red

A menos que su plan de salud, como se especifica en su Programa de beneficios, brinde acceso a proveedores fuera de la red o servicios de atención de emergencia o urgencia, los servicios proporcionados por proveedores de atención médica fuera de la red no están cubiertos por Security Health Plan. Sin embargo, se pueden pagar los beneficios por los servicios de un

proveedor de atención médica fuera de la red si Security Health Plan determina que el servicio no está disponible a través de ningún proveedor de atención médica de la red o como se indica en su Programa de beneficios. Para solicitar una autorización previa para el pago, su proveedor de atención médica, debe comunicarse con Security Health Plan antes de proporcionar el servicio. A excepción de los servicios de atención de emergencia o atención de urgencia, Security Health Plan no pagará un servicio que ya ha proporcionado un proveedor de atención médica fuera de la red, a menos que se indique lo contrario en el Programa de beneficios del miembro. Se deben cumplir todos los siguientes criterios para la autorización previa:

- Los servicios no están disponibles a través de ningún proveedor de atención médica de la red.
- Los servicios son un beneficio cubierto conforme a la cobertura del miembro.
- Los servicios son médicamente necesarios y adecuados.

Cuando se recibe una autorización previa para un servicio de un proveedor de atención médica fuera de la red, esta mencionará el tipo o el alcance de la evaluación o el tratamiento autorizados, la cantidad de consultas autorizadas, el período durante el cual es válida la autorización previa y la ubicación de los servicios. Cualquier servicio adicional recomendado por un proveedor de atención médica fuera de la red, y recibido de este, no está cubierto a menos que se proporcione una autorización previa.

Si necesita encontrar un proveedor para la atención de urgencia y de emergencia en cualquier parte del mundo, llame a la Quality Health Management (QHM) al 877-688-8821. Esta es una compañía externa que puede ayudar a los miembros a encontrar un proveedor fuera del país. La QHM procesará las reclamaciones, si se utilizan, y Security Health Plan las pagará.

Debe traducir cualquier documento al inglés y convertir los montos en divisa extranjera a dólares estadounidenses por cuenta propia antes de enviar una reclamación a Security Health Plan.

Security Health Plan requiere una declaración detallada de los servicios y un recibo pago en inglés, junto con la tasa de cambio de la divisa en el momento en que se recibieron los servicios. Los miembros pueden enviar esta información por fax a: 715-221-9980 o por correo a Security Health Plan, Attn: Claims, PO Box 8000, Marshfield, WI 54449.



Recuerde: Excepto para la atención de emergencia o urgencia, una recomendación o remisión de un proveedor de atención médica de la red para recibir servicios de un proveedor de atención médica fuera de la red no está cubierta a menos que Security Health Plan lo autorice previamente o se indique lo contrario en el Programa de beneficios del miembro. Pídale a su proveedor de atención médica que se comuniquen con Security Health Plan al 1-844-293-9624 antes de recibir servicios que no sean de emergencia ni de urgencia de proveedores de atención médica fuera de la red.

SECCIÓN II: CÓMO PUEDE INSCRIBIRSE EN NUESTRO PLAN

La inscripción en nuestro plan

Usted pudo haberse inscrito directamente en Security Health Plan o tal vez utilizó el Intercambio de seguros, también conocido como Mercado de seguros para la salud o Mercado facilitado por el gobierno federal (FFE), en adelante denominado “el Mercado”. Si ha adquirido este plan directamente de Security Health Plan y tiene más preguntas sobre su elegibilidad, comuníquese con Security Health Plan. Si ha adquirido su cobertura a través del Mercado, comuníquese con el Mercado al 1-800-318-2596 o en www.healthcare.gov.

¿Quién reúne los requisitos para la cobertura?

A nadie se le puede negar cobertura debido a una afección médica. Si se inscribió a través del Mercado, el Mercado determinará si reúne los requisitos para inscribirse en nuestro plan. Por lo general, para calificar para la inscripción en Security Health Plan, una persona debe cumplir con lo siguiente:

- Ser un ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero con residencia legal.
- Residir dentro de nuestra área de servicio.

Entre las personas que reúnen los requisitos para la cobertura de Security Health Plan se incluyen las siguientes:

- **Suscriptor:** un suscriptor es la persona que posee la póliza. En general, es un padre o un miembro adulto de una familia.
- **Suscriptor menor:** el menor que posee una póliza que no cubre a ningún adulto de la familia.
- **Dependientes:** un dependiente es, en general, el cónyuge o la pareja de hecho y los hijos del suscriptor. Los hijos elegibles deben ser menores de 26 años.

Cobertura para un hijo dependiente adulto con extensión militar

Un hijo dependiente que supere el límite de edad especificado en el Programa de beneficios de un suscriptor puede seguir asegurado como dependiente si cumple con todos los siguientes requisitos:

- Fue convocado para servicio activo en la Guardia Nacional o en una reserva de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. mientras era menor de 27 años.
- Asistía, de tiempo completo, a una institución de educación superior cuando fue convocado para servicio activo.
- Perdió la cobertura porque ya no es un estudiante de tiempo completo.
- Solicita ingresar a una institución de educación superior como estudiante de tiempo completo dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que el hijo haya cumplido con su obligación de servicio activo.

Si se cumplen todos los criterios anteriores, este hijo dependiente adulto puede tener derecho a continuar la cobertura cuando el dependiente es un estudiante de tiempo completo en una institución de aprendizaje aceptada.

En caso de que un dependiente adulto deje de ser estudiante de tiempo completo debido a una licencia por un motivo médico, entonces la cobertura debe continuar de acuerdo con la ley existente para la continuación de la cobertura de estudiantes con una licencia médica, y la edad no es un factor que afecte cuándo dicha cobertura continua debe finalizar. La documentación para respaldar la licencia médicamente necesaria, conforme a esta sección, se debe proporcionar a Security Health Plan si fuera solicitada.

Un hijo es elegible para la cobertura a través de una persona asegurada cuando el hijo cumple con las siguientes características:

- Es un menor en guarda legal, el hijo natural, el hijo adoptado, el hijastro o un hijo en proceso de adopción del suscriptor asegurado.
- Es un hijo natural de un hijo dependiente (como se describió anteriormente) hasta que el hijo dependiente tenga 18 años.

Continuación de la cobertura para estudiantes

En el caso de un hijo que no se encuentre en servicio activo, si el médico del hijo certifica la necesidad médica de la licencia y se presenta la documentación que respalde dicha necesidad a Security Health Plan, la cobertura puede continuar durante un tiempo.

Un hijo dependiente que tiene cobertura porque el hijo es un estudiante de tiempo completo que fue convocado para servicio activo en la Guardia Nacional o en una reserva de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. antes de que el hijo cumpliera los 27 años cuando asistía, de tiempo completo, a una institución de educación superior y quien, de otra manera, perdería la cobertura porque ya no es un estudiante de tiempo completo puede tener derecho a continuar con la cobertura durante un tiempo.

Cuándo debe inscribirse y cuándo comienza la cobertura



Asegúrese de informar cualquier cambio de vida significativo a Security Health Plan si se inscribe directamente a través de Security Health Plan. Si no informa los cambios que afecten su elegibilidad para la cobertura, su cobertura podría finalizar de manera retroactiva y usted podría ser responsable de los costos de cualquier reclamación después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Las personas que reúnen los requisitos para la cobertura pueden inscribirse en Security Health Plan o a través del Mercado durante los períodos de inscripción anual o los períodos de inscripción especial para un evento que califica. Siempre se requiere documentación para validar un evento que califica en caso de adopción o pérdida de cobertura. Es posible que también se requiera documentación para otros eventos que califican. Los siguientes son ejemplos de eventos que califican:

- Usted o su dependiente pierden la cobertura de otro plan de salud (excepto cuando la pérdida es debido al incumplimiento del pago de las primas o a una cancelación o rescisión).
- Obtiene un dependiente a través de matrimonio, nacimiento, adopción, colocación en adopción, colocación en cuidado tutelar o tutela legal.
- Reúne los requisitos para la cobertura debido a una mudanza permanente.
- El Mercado determina que usted o su dependiente reúnen los requisitos para inscribirse en un plan de salud o para cambiarlo.

Tiene 60 días a partir de la fecha del evento que califica para inscribirse en Security Health Plan. En general, si notifica a Security Health Plan o al Mercado (según corresponda) entre el primer y el décimo quinto día de cualquier mes, su cobertura entrará en vigencia el primer día del próximo mes, y si notifica a Security Health Plan o al Mercado (según corresponda) entre el décimo sexto y el último día de cualquier mes, su cobertura entrará en vigencia el primer día del segundo mes siguiente.

Si sabe con anticipación que perderá la cobertura de otro plan de salud, puede notificar a Security Health Plan o al Mercado (según corresponda) entre 60 días antes y 60 días después de que pierda la cobertura, y su cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha en que perdió la cobertura.

En caso de matrimonio, o en caso de que usted o su dependiente pierdan la cobertura de otro plan de salud, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente después de que notifica a Security Health Plan o al Mercado (según corresponda).

En caso de nacimiento, adopción, colocación en adopción o colocación en cuidado tutelar o tutela legal, la cobertura entra en vigencia el día del nacimiento, la adopción, la colocación en adopción o la colocación en cuidado tutelar o tutela legal, a menos que elija como fecha de entrada en vigencia de la cobertura el primer día del mes siguiente al evento que califica.

Cobertura de un recién nacido

Un hijo recién nacido está cubierto desde el momento de su nacimiento y durante los siguientes 60 días. Para que el hijo recién nacido siga teniendo cobertura después del período de 60 días, debe notificar a Security Health Plan o al Mercado (según corresponda) del nacimiento del hijo y pagar la prima requerida para la cobertura de ese hijo durante ese período de 60 días. Si no notifica a Security Health Plan o al Mercado (según corresponda), la cobertura de su hijo terminará cuando finalice el período de 60 días, a menos que incorpore al niño en el plazo de un año de su nacimiento y pague todos los pagos de las primas.

Cuándo finaliza la cobertura

- Security Health Plan puede finalizar la cobertura de los miembros que no pagan sus primas.
- Los miembros nuevos que se inscriban en la cobertura deben efectuar sus pólizas, o se cancelará o anulará su cobertura.
- Los miembros que reciben créditos tributarios a través del Mercado tienen un período de gracia de 3 meses para hacer el pago. Si Security Health Plan no recibe un pago del miembro, la cobertura del miembro se cancelará al finalizar el primer mes de gracia.
- Los miembros que no reciben créditos tributarios a través del Mercado tienen un período de gracia de 10 días para hacer el pago. Si Security Health Plan no recibe un pago del miembro, la cobertura del miembro finalizará a partir de la última fecha de cobertura paga.
- Si la cobertura se anula o finaliza, el miembro será responsable del costo de cualquier reclamación en el que incurra Security Health Plan en nombre del miembro después de que finaliza la cobertura.
- Security Health Plan puede finalizar la cobertura de un miembro si el miembro realiza una acción, práctica u omisión que constituya un fraude o si el miembro tergiversa de manera intencional un hecho importante. Por ejemplo, si el miembro le permite a alguien que no tiene cobertura hacer una reclamación, eso sería un acto que constituye fraude. Si Security Health Plan finaliza la cobertura de un miembro debido a fraude o tergiversación intencional de un hecho importante, Security Health Plan puede requerir que el miembro retribuya los beneficios.
- En la medida en que lo permita la ley, Security Health Plan puede finalizar la cobertura de un miembro si el miembro se muda fuera de su área de servicio.

SECCIÓN III: AUTORIZACIÓN PREVIA

Para ser elegible para la cobertura, existen determinados servicios médicos y medicamentos con receta para los que usted o su proveedor deben comunicarse con Security Health Plan y recibir una autorización previa aprobada antes de recibir el servicio o la atención. Para consultar una lista de los servicios médicos, medicamentos de beneficio médico y medicamentos con receta que requieren autorización previa, visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization o llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-844-293-9624.

Cómo solicitar una autorización previa para un servicio médico y medicamentos de beneficio médico

Su proveedor de atención médica debe iniciar el proceso de autorización previa en www.securityhealth.org/providers o debe comunicarse con nuestra Línea de asistencia para proveedores al 1-800-548-1224. Si su proveedor no puede, usted también puede iniciar el proceso llamando al Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan. Para las autorizaciones previas que estén siendo procesadas, le sugerimos que revise My Security Health Plan en línea en www.securityhealth.org/members para verificar su estado.

Es su responsabilidad asegurarse de lo siguiente:

- De acudir a un proveedor afiliado, a menos que los servicios no estén disponibles dentro de la red.
- Que la solicitud de autorización previa se complete en colaboración con su proveedor de atención médica.
- Que la solicitud de autorización previa se presente ante Security Health Plan y que la reciban.
- Que Security Health Plan apruebe la solicitud de autorización previa antes de obtener los servicios de atención médica aplicables.

Después de revisar la solicitud, se les enviará una respuesta por escrito a usted o al proveedor de atención médica que presentó la solicitud. Las determinaciones de beneficios se basarán en la información disponible en el momento en que se recibió su solicitud.

Si aprobamos su solicitud, nuestra autorización previa solo será válida para lo siguiente:

- La persona cubierta para quien se otorga la autorización previa.
- Los servicios de atención médica y la frecuencia especificados en la autorización previa y aprobados por Security Health Plan.
- El período y la ubicación de los servicios específicos aprobados por Security Health Plan, según se especifica en la carta de aprobación.

Se deberá presentar una nueva solicitud de autorización previa a Security Health Plan para que la revisen si cambia el plan en el que está inscrito luego de que su solicitud haya sido aprobada.

Cómo solicitar una autorización previa para un medicamento con un beneficio de farmacia

Usted, su farmacia o su proveedor de atención médica pueden iniciar el proceso de autorización previa llamando a nuestra Línea de Servicios de Farmacia al 1-877-873-5611 o enviándonos un correo electrónico a shppharmacyum@securityhealth.org. Para las autorizaciones previas que estén siendo procesadas, le sugerimos que revise My Security Health Plan en línea en www.securityhealth.org/members para verificar su estado.

Es su responsabilidad asegurarse de lo siguiente:

- Que el formulario de solicitud de autorización previa se obtenga y complete en colaboración con su proveedor de atención médica.
- Que la solicitud de autorización previa se presente ante Security Health Plan y que la reciban.
- Que Security Health Plan apruebe la solicitud de autorización previa antes de obtener los medicamentos con receta aplicables.

Después de revisar su solicitud, se le enviará una respuesta por escrito de la decisión a usted y al proveedor de atención médica que presentó la solicitud. Si se incluyó la información de la farmacia en la solicitud, se le notificará la decisión a la farmacia.

Si aprobamos su solicitud, la autorización previa solo será válida para lo siguiente:

- La persona cubierta para quien se otorga la autorización previa.
- Los medicamentos con receta y la información de la dosis y la duración especificados en la autorización previa y aprobados por Security Health Plan.

Se deberá presentar una nueva solicitud de autorización previa a Security Health Plan para que la revisen si cambia el plan en el que está inscrito luego de que su solicitud haya sido aprobada.

Consecuencias de no obtener una autorización previa

No cumplir con el proceso de autorización previa descrito en esta subsección ocasionará que no se paguen los beneficios conforme a la póliza.

Visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization o llame al Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan para averiguar qué servicios médicos, medicamentos de beneficio médico y medicamentos con receta requieren autorización previa. Visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization o consulte la Sección III de esta Póliza para obtener una lista de los servicios o artículos que requieren autorizaciones previas. La atención de urgencia y emergencia no requiere autorización previa.

SECCIÓN IV: BENEFICIOS DEL MIEMBRO

Security Health Plan les proporcionará cobertura para los servicios médicamente necesarios a los miembros mientras su cobertura esté vigente. Los beneficios se pagan solo para los servicios cubiertos que se reciban de un proveedor de atención médica de la red, excepto según se especifique lo contrario en esta Póliza o en el Programa de beneficios del miembro. Los proveedores de atención médica de la red se mencionan en el Directorio de proveedores en www.securityhealth.org/directory. Incluso si un proveedor de atención médica de la red ha remitido a un miembro a otro proveedor de atención médica, los beneficios se pagarán solo por los servicios del proveedor de atención médica si ese proveedor de atención médica es un proveedor de atención médica de la red o se autoriza el pago conforme a esta Póliza o el Programa de beneficios del miembro.

Los miembros deben comunicarse con Security Health Plan antes de recibir un servicio para determinar si Security Health Plan proporcionará cobertura.

Por lo general, los miembros deben usar proveedores de atención médica de la red a menos que Security Health Plan lo autorice previamente o se especifique lo contrario en el Programa de beneficios del miembro. Los servicios que no sean de emergencia o de urgencia de un proveedor de atención médica fuera de la red no están cubiertos a menos que sean un gasto cubierto según se describe en esta sección o en el Programa de beneficios del miembro. Un proveedor de atención médica de la red debe brindarle a Security Health Plan una remisión por escrito y Security Health Plan debe aprobar la autorización previa de la remisión antes de que se proporcionen los servicios por parte de un proveedor fuera de la red.

Un servicio no siempre se considera médicamente necesario ni se garantiza que se cubrirá cuando un médico ha recetado, indicado, recomendado o aprobado un tratamiento, servicio o suministro, o ha informado a un miembro que dicho servicio se encuentra disponible.

Los servicios médicos, suministros y tratamientos son gastos cubiertos cuando sucede lo siguiente:

- Se incurre en esos gastos mientras la cobertura de un miembro está vigente.
- Se reciben de un proveedor de atención médica de la red, servicios que no sean de emergencia proporcionados en un centro de la red proporcionado por un proveedor fuera de la red.
- Se reciben de un proveedor de atención médica fuera de la red, pero solo con autorización previa.
- Se reciben de un proveedor de atención médica fuera de la red en caso de atención de emergencia o atención de urgencia.
- Se mencionan como un gasto cubierto conforme a esta Póliza.
- Son coherentes con el Programa de beneficios del miembro.
- Son médicamente necesarios.

Su proveedor de atención médica debe iniciar el proceso de autorización previa en www.securityhealth.org/providers o debe comunicarse con nuestra Línea de asistencia para proveedores al 1-800-548-1224. Consulte www.securityhealth.org/authorization para obtener una lista de los servicios o artículos que requieren autorizaciones previas.

En ciertas circunstancias, para los fines de eficiencia o ahorro de costos en general, Security Health Plan puede, a su exclusivo criterio, ofrecer beneficios para los servicios que de otra manera no serían servicios de salud cubiertos. El hecho de que hagamos eso en un caso en particular no se considerará, de ninguna manera, un requisito para hacer lo mismo en otros casos similares.

Servicios de ambulancia y transporte que no sea en ambulancia

Con cobertura

- Los servicios profesionales de ambulancia terrestre y aérea autorizados para la atención médica de emergencia y el transporte al hospital más cercano donde la atención médica adecuada esté disponible.
- Los servicios profesionales autorizados de ambulancia terrestre y aérea que proporcionan transporte a un hospital que ofrece atención que no está disponible en el hospital original.

Sin cobertura

- Transporte en ambulancia hacia el hogar o un centro para pacientes externos.
- Transporte en camioneta médica.
- Servicios de ambulancia profesionales autorizados que no sean de emergencia, a menos que los autorice Security Health Plan.
- Socorristas y servicios de rescate.
- Transporte desde un centro de cuidados agudos hacia un entorno de cuidados subagudos.
- Servicios de ambulancia en relación con la atención médica de emergencia cuando la ambulancia responde, pero usted rechaza el transporte en ambulancia.

Servicios de anestesia

Con cobertura

Servicios de anestesia relacionados con servicios quirúrgicos, de maternidad o de otro tipo que este plan cubre para el tratamiento de enfermedades o lesiones están cubiertos.

Limitaciones

La cobertura solo aplica para los servicios proporcionados según este plan.

Trastornos del espectro autista

Con cobertura

- Servicios intensivos médicamente necesarios proporcionados en un entorno para pacientes externos por un proveedor de salud, profesional, terapeuta o paraprofesionales calificados.
- Servicios no intensivos médicamente necesarios proporcionados en un entorno para pacientes externos por un proveedor de salud, profesional, terapeuta o paraprofesionales calificados.

Sin cobertura

Los siguientes servicios no están cubiertos conforme a los trastornos del espectro autista:

- Capacitación de la integración auditiva (estimulación sensorial para mejorar los procesos cerebrales).
- Terapia de quelación (eliminación de metales pesados del cuerpo).
- Cuidado asistencial o paliativo.
- Terapia con oxígeno hiperbárico.
- Dietas y suplementos especiales.
- Tratamientos ofrecidos en las escuelas que no se relacionen con los objetivos del plan de tratamiento.
- Para la terapia, el tratamiento o los servicios proporcionados a un miembro que reside en un centro de tratamiento residencial, tratamiento para pacientes internados o un centro de tratamiento diurno.
- El tratamiento de los padres o los tutores legales que de otra manera son proveedores calificados, proveedores supervisores, terapeutas, profesionales o paraprofesionales cuando el tratamiento se proporciona a sus propios hijos.

Rehabilitación cardíaca

Con cobertura

- Servicios de fase I (para pacientes internados) están cubiertos.
- Los servicios de Fase II recibidos en un centro con un programa de rehabilitación cardíaca certificado están cubiertos cuando el miembro tiene antecedentes recientes de problemas cardíacos o de cualquier problema cardíaco para el que se necesite rehabilitación.

Sin cobertura

Servicios de rehabilitación cardíaca más allá de la Fase II no están cubiertos.

Limitaciones

Consulte el Programa de beneficios para ver los límites en la cantidad de consultas cubiertas.

Servicios de quiropráctica

Con cobertura

Están cubiertos los servicios para tratar afecciones musculoesqueléticas agudas mediante terapia de manipulación manual. Los servicios de diagnóstico se limitan a radiología médicamente necesaria. El tratamiento se limita a afecciones relacionadas con la columna vertebral o las articulaciones.

Sin cobertura

Security Health Plan no proporcionará cobertura para lo siguiente:

- Técnica de liberación activa.
- Movimiento terapéutico activo (ATM2).
- Ingeniería biomecánica aplicada a la columna vertebral.
- Técnica ortogonal Atlas.
- Técnica de sincronización bioenergética.
- Integración biogeométrica.
- Técnica de Blair.
- Técnica biofísica quiropráctica.
- Técnica de fijación de tensión del coxis y las meninges.
- Análisis de medición radiográfica computarizada para evaluar la falta de alineación de la columna vertebral.
- Manipulación craneal.
- Radiografías de movimiento digital.
- Técnica Directional Non-Force Technique.
- Terapia de infrarrojo.
- Iontoforesis.
- Técnica específica Koren.
- Atención quiropráctica de mantenimiento.
- Tratamiento de los traumatismos de nacimiento de bebés.
- Tratamiento de los cólicos de bebés.
- Tratamiento de trastornos internos (no neuromusculoesqueléticos) (kinesiología aplicada).
- Manipulación bajo anestesia.
- Análisis de contorno Moire.
- Liberación miofascial.
- Técnica Network.
- Técnica neuroorganizacional.
- Neurocalometro/nervoscopio.
- Técnica neuroemocional.
- Electromiografía paraespinal (EMG)/EMG de superficie – Espinoscopia.

- Pruebas de rendimiento físico.
- Dispositivos para ajuste de columna vertebral (p. ej., ProAdjuster, PulStarFRAS, Activator).
- Termografía.
- Técnica Upledger y terapia craneosacral.
- Técnica Webster (para los bebés que nacieron de nalgas).
- Técnica Whitcomb.

Estudios clínicos

Los servicios relacionados con los estudios clínicos requieren autorización previa. Visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization o consulte la Sección III de esta Póliza para obtener una lista de los servicios o artículos que requieren autorizaciones previas. Security Health Plan debe determinar que un estudio clínico cumple con los criterios mencionados a continuación.

Un estudio clínico que califica implica cualquier fase de un estudio clínico que se realiza en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección que pueden poner en peligro la vida y se describe de cualquiera de las siguientes formas:

- El estudio o la investigación es aprobado o financiado (incluida la financiación a través de contribuciones en especie) por una o más de las siguientes entidades:
 - Institutos Nacionales de la Salud.
 - Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades.
 - La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
 - Un grupo o centro cooperativo para cualquiera de las cuatro entidades mencionadas, el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de los Veteranos.
 - Una entidad de investigación no gubernamental aprobada identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de la Salud para subsidios de apoyo a centros.
 - El Departamento de Asuntos de los Veteranos, el Departamento de Defensa o el Departamento de Energía, pero solo si el estudio o la investigación ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de revisión de expertos que la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos determine que se puede comparar con el sistema de revisión de expertos de los estudios y las investigaciones utilizado por los Institutos Nacionales de la Salud, y garantice una revisión imparcial de los más altos estándares científicos por parte de personas calificadas que no tienen interés en el resultado de la investigación.
- El estudio o la investigación se realiza con una solicitud de un nuevo medicamento de investigación de la Administración de Medicamentos y Alimentos.
- El estudio o la investigación es un estudio sobre un medicamento que está eximido de tener dicha solicitud de nuevo medicamento de investigación.

Con cobertura

Los costos de atención de rutina del paciente en los que se incurre durante la participación en un estudio clínico que califique están cubiertos en las siguientes situaciones:

- Artículos, servicios y medicamentos con receta que son proporcionados en relación con un estudio clínico que califica.
- O bien, usted proporciona información médica y científica que establece que su participación en el estudio clínico que califica es adecuada según el protocolo del estudio con respecto al tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección que pueden poner en peligro la vida.

Sin cobertura

La atención de rutina del paciente no incluye los siguientes artículos y servicios, y no está cubierta según los estudios clínicos:

- El artículo, dispositivo, medicamento o servicio de investigación en sí.
- Los artículos y servicios que se proporcionan solamente para satisfacer las necesidades de recolección y análisis de datos, y que no se utilizan en la administración clínica del paciente.

Suministros y medicamentos anticonceptivos

Con cobertura

- Suministros o medicamentos anticonceptivos recetados por un proveedor de atención médica.
- Consultas, exámenes, procedimientos y servicios médicos para pacientes externos que son necesarios para recetar, administrar, mantener o quitar un anticonceptivo.

Limitaciones

- Los medicamentos anticonceptivos genéricos recetados están cubiertos al 100%. Los anticonceptivos de marca están cubiertos al 100%, cuando no hay medicamentos genéricos disponibles. Si se receta un medicamento con receta de marca cubierto, para el que hay un equivalente genérico disponible, o se receta un medicamento con receta genérico, la receta se surtirá con la versión genérica. Si recibe el medicamento con receta de marca, será responsable del copago y el coseguro que se apliquen al medicamento con receta de marca más el cargo complementario. El cargo complementario es igual a la diferencia entre el costo del medicamento con receta de marca y el medicamento con receta genérico. El cargo complementario no se tendrá en cuenta para el límite que paga de su bolsillo.
- Los anticonceptivos de venta libre no están cubiertos a menos que la Administración de Medicamentos y Alimentos los apruebe y el proveedor de atención médica los recete.
- La píldora del día después no está cubierta a menos que la recete un proveedor de atención médica.

Servicios estéticos y procedimientos reconstructivos

Los servicios relacionados con los servicios estéticos y procedimientos reconstructivos requieren autorización previa. Visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization o consulte la Sección III de esta Póliza para obtener una lista de los servicios o artículos que requieren autorizaciones previas.

Con cobertura

- Procedimientos reconstructivos cuando el propósito principal es una de las siguientes opciones:
 - Tratamiento de una afección médica.
 - Mejora o restauración de la función fisiológica.
- La reconstrucción mamaria luego de una mastectomía cubierta, incluida la reconstrucción de la mama sobre la que se realizó una cirugía además de la reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia razonablemente simétrica, según lo determine Security Health Plan; la reconstrucción mamaria incluye la colocación inicial y el reemplazo de implantes mamarios luego de una mastectomía.
- Tratamientos de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía.
- Servicios para reparar una malformación congénita que provoca un deterioro funcional en un niño inscrito.
- Procedimientos reconstructivos cuando la cobertura sea necesaria de acuerdo con los requisitos de la ley o sea médicamente necesaria.

Sin cobertura

Los servicios estéticos según lo estipulado por Security Health Plan, que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios y procedimientos para mejorar la autoestima del paciente, el bienestar personal o para tratar problemas o trastornos emocionales.
- Servicios y procedimientos proporcionados en relación con complicaciones de servicios o procedimientos estéticos, o que surgen o provienen de estas complicaciones.
- Eliminación o procedimientos de revisión de tatuajes o cicatrices.
- Procedimientos de abrasión de la piel realizados como tratamientos para el acné.
- Liposucción o eliminación de depósitos de grasa.
- Todo tratamiento para mejorar la apariencia de la piel.
- Tratamientos para varículas.
- Depilación o restauración capilar.
- Extirpación o eliminación de colgajos en cualquier parte del cuerpo.
- Tratamiento quirúrgico para la transpiración excesiva (hiperhidrosis).
- Reemplazo de un implante mamario existente si el implante mamario anterior se realizó como un procedimiento estético.
- Crioterapia o CoolSculpting.
- Tratamiento quirúrgico de linfedemas que se considere experimental o de investigación.

Limitaciones

- Las descamaciones o exfoliaciones químicas solo están cubiertas en caso de queratosis actínica.
- La dermoabrasión solo está cubierta en caso de queratosis actínica, dermatitis perioral, rinofima, carcinoma de células basales, carcinoma infiltrante y otras lesiones premalignas de la piel, según lo determine Security Health Plan.

Atención odontológica y servicios quirúrgicos bucales

Con cobertura

- Servicios odontológicos para trastornos temporomandibulares (también conocidos como trastornos de la articulación temporomandibular [TMJ]).
 - Servicios quirúrgicos y no quirúrgicos médicamente necesarios para el tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ), que incluyen los servicios recetados de terapia de férula intraoral.
- Servicios quirúrgicos bucales y odontológicos
 - Servicios de cirugía bucal para la raíz del diente sin la extracción del diente completo; no incluye tratamiento de conducto.
 - Servicios de cirugía bucal para las encías y los tejidos bucales cuando no se brindan como consecuencia de la extracción o el arreglo de dientes.
 - Ortodoncia, implantes dentales y tratamientos de cirugía bucal relacionados con el labio leporino y el paladar hendido para un hijo dependiente.
 - Cirugía ortognática (consulte las limitaciones).
 - Servicios odontológicos relacionados con un accidente para tratar una lesión y para reparar (no reemplazar) dientes naturales sanos (consulte las limitaciones).
 - Servicios de anestesia general y de centros médicos relacionados con la atención odontológica proporcionados en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio si corresponde alguna de las siguientes opciones:
 - El miembro tiene una discapacidad crónica que reúne las condiciones del estatuto de Wisconsin.
 - El miembro tiene una afección médica que requiere hospitalización o anestesia general para la atención odontológica.
 - La persona es un niño menor de 5 años.

Sin cobertura

- Exposición o extracción de dientes.
- Reparación o reemplazo de coronas, puentes, dentaduras postizas e implantes.
- Los servicios odontológicos preventivos y de diagnóstico de rutina, incluidos los servicios odontológicos para pacientes pediátricos.
- Servicios odontológicos para tratar una lesión ocasionada por morder o masticar.
- Dentaduras postizas y servicios de preparación para dentaduras postizas.
- Puentes (dentales).
- Implantes dentales y servicios relacionados.
- Blanqueamiento dental.
- Carillas.
- Servicios para dientes no lesionados en una lesión accidental.
- La atención opcional de ortodoncia, estética, periodoncia y odontología general no relacionada con el tratamiento de TMJ.
- Otros procedimientos o tratamientos odontológicos, ya sea que el tratamiento odontológico se necesita por un problema dental primario o como manifestación de un tratamiento o una afección médicos.

Limitaciones

- Se puede cubrir una extracción de dientes cuando la realice un cirujano bucal y se la considere médicamente necesaria como parte integral del tratamiento para otra afección cubierta.
- Se puede cubrir una extracción de dientes si se considera médicamente necesaria en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula.
- Los servicios para reparar el daño causado por una lesión accidental deben comenzar en el plazo de los tres meses del accidente, a menos que existan circunstancias atenuantes, como una hospitalización prolongada o la presencia de alambres de fijación del cuidado de una fractura, y deben completarse en el plazo de los 12 meses del accidente, a menos que haya circunstancias extenuantes.
- Los dispositivos para TMJ se limitan a uno cada dos años.
- Las intervenciones radiológicas están limitadas a un servicio para el diagnóstico de TMJ.
- Consulte su Programa de beneficios para ver los límites en la cantidad de consultas para TMJ.
- La cirugía ortognática está cubierta para una anomalía física que impide la función normal de la mandíbula superior o inferior y que sea médicamente necesaria para alcanzar la capacidad funcional de la parte afectada, que incluye anomalías óseas, lesiones traumáticas agudas, dislocación, cáncer, TMJ o apnea severa del sueño.

Servicios para la diabetes

Visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization o consulte la Sección III de este documento para obtener una lista de los servicios o artículos que requieren autorizaciones previas. El equipo médico duradero aprobado para ser provisto en una farmacia de la red estará sujeto al costo compartido del Beneficio de farmacia.

Con cobertura

- La instalación y el uso de una bomba para infusión de insulina y todos los demás equipos y suministros, incluida la insulina y otros medicamentos con receta, usados en el tratamiento de la diabetes.
- Suministros para la diabetes con receta provistos en farmacias de la red.
- Programas de educación para diabéticos recetados por un proveedor de atención médica.

Limitaciones

La compra de una bomba tradicional (sin parche) está limitada a una por año y requiere autorización previa. Debe consultar a un endocrinólogo de la red y usar la bomba durante, al menos, 30 días antes de comprarla.

Equipo médico duradero, dispositivos protésicos y ortésicos y suministros médicos

Equipo médico duradero comprende lo siguiente:

- Equipo solicitado por un médico para el uso de un paciente externo en el hogar.
- Equipo usado para propósitos médicos.
- Equipo no consumible o desechable, salvo que sea necesario por razones de salud.
- Equipo usado por una persona que no tiene una enfermedad o discapacidad.

Algunos ejemplos de equipo médico duradero son los siguientes:

- Equipos para asistir con la movilidad, como una silla de ruedas estándar.
- Cama tipo de hospital.
- Oxígeno y el alquiler de equipos para administrar oxígeno (incluidos tubos, conectores y mascarillas).
- Bombas de suministro para alimentación por sonda, incluidos tubos y conectores.
- Aparatos ortopédicos para tratar la curvatura de la columna vertebral y para estabilizar alguna parte del cuerpo lesionada, incluidas las adaptaciones necesarias del calzado para adecuar los aparatos.
- Zapatos para la diabetes con plantillas para pacientes diabéticos.
- Equipo mecánico necesario para el tratamiento de insuficiencia respiratoria crónica o aguda.
- Prendas para quemaduras.
- Bombas de insulina y todos los suministros necesarios relacionados (como se describe en los servicios para la diabetes).

Security Health Plan cubrirá el equipo solicitado que cumpla con las especificaciones mínimas para satisfacer las necesidades funcionales del miembro. La cobertura está sujeta a deducibles, coseguros y copagos. El miembro es responsable del costo total del equipo solicitado que alquile o compre y que exceda las especificaciones mínimas.

Con cobertura

- Equipo médico duradero y suministros recetados por un proveedor de atención médica que requieren autorización previa; usted o su proveedor pueden visitar nuestro sitio web en www.securityhealth.org/DME o llamar a Northwood, Inc. al 1-866-532-1344 si tienen inquietudes sobre la cobertura o preguntas sobre los suministros/DME.
- Sacaleches.
- Terapia nutricional: Fórmula a base de aminoácidos para bebés de hasta 1 año de edad con demostrada intolerancia a la proteína de la leche de fórmula, fibrosis quística, trastornos metabólicos o de absorción de aminoácidos, ácidos orgánicos o ácidos grasos.
- Dispositivos protésicos externos que reemplazan algún miembro o alguna parte externa del cuerpo, que se limitan a piernas, brazos, pies y manos artificiales, ojos, orejas y narices artificiales, prótesis mamarias, arreglos, reemplazos o revisión de prótesis necesarios por el desgaste o deterioro normal.
- Dispositivos ortopédicos que cumplan con los criterios de cobertura de Security Health Plan.

Sin cobertura

- Equipo médico duradero y suministros que no se encuentran en la lista de artículos elegibles.
- Otros suministros y dispositivos desechables, excepto los que figuran en esta sección y la Sección IV en Cobertura de medicamentos con receta.
- Arreglos, reemplazos o revisión del equipo médico duradero para verificar que funcione correctamente, lo que incluye, entre otros, pérdida, daño o robo.
- Equipos médicos duraderos duplicados, incluido el arreglo, el reemplazo o la revisión de artículos duplicados.
- Equipo médico duradero y suministros médicos para su comodidad, conveniencia de higiene personal o condiciones atléticas relacionadas, que incluyen, entre otros, aires acondicionados, purificadores de aire, humidificadores, equipos de acondicionamiento físico, suministros desechables, dispositivos de autoayuda que no sean de naturaleza médica, piezas duplicadas de los equipos, equipos de lujo/no estándares y equipos de respaldo.
- Las plantillas para zapatos no están cubiertas.

Limitaciones

- El miembro es responsable de la diferencia de precio entre el equipo solicitado que Security Health Plan considera apropiado y el que el miembro alquila o compra si excede la pauta de especificaciones mínimas para cumplir con las necesidades funcionales del miembro.
- El equipo médico duradero requiere autorización previa.
- Sacaleches: uno por nacimiento

Servicios de emergencia

Se deben usar salas de emergencias de hospitales de la red siempre que sea posible. Si un miembro no puede ponerse en contacto con un proveedor de la red, el miembro debe dirigirse al centro médico apropiado más cercano. La atención de emergencia que se recibe de un proveedor fuera de la red estará cubierta al mismo nivel de beneficios que los servicios proporcionados por un proveedor de la red. Los beneficios están sujetos a copagos, coseguros, deducibles y otras disposiciones de su póliza.

Si el miembro se trata en una sala de emergencias y la afección médica del miembro requiere que se traslade al miembro a otra sala de emergencias, los costos compartidos del miembro se aplicarán para cada sitio donde se brinden servicios.

Los servicios de seguimiento fuera de la red relacionados con un servicio de emergencia requieren autorización previa. Visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization o consulte la Sección III de esta Póliza para obtener una lista de los servicios o artículos que requieren autorizaciones previas.

Con cobertura

- Servicios de emergencia dentro y fuera de la red
- Servicios profesionales en el momento de la consulta en la sala de emergencias con proveedores de atención médica autorizados.
- Servicios de diagnóstico incluidos servicios de laboratorio y radiológicos.

Sin cobertura

Los medicamentos con receta y suministros para llevar al hogar provistos por el hospital al momento del alta para que use en su hogar, lo que incluye el alta de consultas de emergencia no están cubiertos.

Limitaciones

La atención de seguimiento debe recibirse de un proveedor de atención médica dentro la red, salvo que Security Health Plan autorice lo contrario o si la cobertura del miembro, según se define en el Programa de beneficios, cubre proveedores fuera de la red.

Servicios de fertilización

Con cobertura:

Los servicios para diagnosticar la infertilidad, incluidos los servicios profesionales, hospitalarios y para pacientes externos recibidos o realizados bajo la supervisión de un proveedor de atención médica están cubiertos.

Sin cobertura:

- Medicamentos para la fertilidad recetados o administrados por un proveedor de atención médica.
- Tratamiento para la infertilidad
- Servicios de reproducción asistida que incluyen, entre otros, fertilización in vitro, transferencia intratubárica de gametos (TIG) y servicios relacionados o similares, independientemente de la razón o el diagnóstico.
- Reversión de cirugías de esterilización.

Servicios de cuidado de los pies

Con cobertura

El cuidado de los pies (de rutina), que incluye el examen y el tratamiento para personas con enfermedades sistémicas, como enfermedades metabólicas, neurológicas o vasculares periféricas, está cubierto.

Servicios de reafirmación de género

Con cobertura

- Terapia hormonal.
- Procedimientos quirúrgicos de reafirmación de género.

Sin cobertura

- Procedimientos estéticos.
- Medicamentos para la caída o el crecimiento del cabello.
- Medicamentos para el rendimiento sexual.
- Preservación de los servicios de fertilidad que incluyen, entre otros, esperma, embriones y oocitos.
- Reversión de la cirugía genital.

Limitaciones

Los servicios requieren autorización previa.

Servicios genéticos

Con cobertura

- Pruebas genéticas realizadas en un consultorio o en un hospital para pacientes externos cuando los resultados de la prueba afectarán directamente las decisiones sobre el tratamiento o la frecuencia de los exámenes de detección de una enfermedad o cuando los resultados de la prueba afectarán las decisiones reproductivas; se requiere autorización previa.
- Pruebas genéticas moleculares de especímenes patológicos, como tumores, sangre o fluidos corporales; se requiere autorización previa.

Sin cobertura

- Pruebas genéticas que se realizan en ausencia de síntomas o de factores de riesgo elevados de enfermedades genéticas.
- Las pruebas genéticas en casos en los que conocer el estado genético no afecta las decisiones sobre el tratamiento, la frecuencia de los exámenes de detección de la enfermedad o las decisiones reproductivas.
- Las pruebas genéticas realizadas como respuesta a la comercialización directa al consumidor y no bajo la supervisión de un proveedor de atención médica.

Limitaciones

Se requiere autorización previa.

Audífonos, audífonos implantables y servicios relacionados

Los beneficios están disponibles para un audífono que se compra debido a la receta de un médico proveedor de atención médica. Los beneficios se proporcionan para los audífonos estándares y los cargos asociados con la adaptación y la prueba.

Con cobertura

- Audífonos y audífonos implantables recetados por un proveedor de atención médica de la red o un audiólogo autorizado o de acuerdo con los estándares profesionales, médicos y audiológicos aceptados y provistos por un proveedor de audífonos de la red; para encontrar un proveedor de audífonos de la red, vaya a www.securityhealth.org/Find-A-Doctor.
- Tratamiento relacionado con audífonos y audífonos implantables.
- Baterías para los implantes cocleares.
- Baterías con la configuración inicial de los audífonos.

Sin cobertura

- Cables para audífonos.
- Reparaciones, reemplazo o programación de un audífono o un audífono osteointegrado cuando cumple con los criterios de cobertura anteriores, excepto por mal funcionamiento.

Limitaciones

- Audífonos limitados a uno cada tres años por oído.
- Audífonos implantables limitados a uno de por vida.
- Las baterías para los audífonos se limitan a 12 baterías con la configuración inicial de los audífonos.
- Las baterías para los implantes cocleares se limitan a una por audífono cada tres años, o cuando sea médicamente necesario debido a pérdida o daño.
- Procesador de implantes cocleares limitado a uno por implante cada cinco años.

Servicios de atención en el hogar

Los servicios de agencias de atención médica a domicilio solicitados por un proveedor de atención médica y proporcionados en el hogar de un miembro por un enfermero certificado (RN), un enfermero auxiliar autorizado (LPN) que esté supervisado por un RN, un auxiliar de atención de la salud en el hogar, un fisioterapeuta (PT), un terapeuta ocupacional (OT), un terapeuta del habla y del lenguaje (ST), un terapeuta respiratorio (RT) y un nutricionista certificado califican como servicios de atención en el hogar. Una agencia de atención médica a domicilio certificada o autorizada por Medicare o una agencia de rehabilitación certificada debe proporcionar los servicios. Security Health Plan determinará si los beneficios están disponibles al revisar la naturaleza especializada del servicio y la necesidad de una administración médica dirigida por un médico.

Los beneficios están disponibles solo cuando los servicios de la agencia de atención médica a domicilio se proporcionan mediante un programa de atención de medio tiempo o intermitente y cuando se requiere atención especializada. La atención especializada incluye servicios de enfermería especializada, educación especializada y servicios de rehabilitación especializada siempre y cuando:

- Sea proporcionada o supervisada por personal técnico autorizado o médico profesional para obtener el resultado médico especificado, y contemplar la seguridad del paciente.
- La solicite un médico.
- Requiera capacitación clínica para poder proporcionarla de manera segura y eficaz.
- La cobertura se limita a casos en los que la hospitalización o internación en un centro de atención de enfermería especializada serían necesarias si no se proporcionaran servicios de atención en el hogar.
- Debe estar internado en el hogar y ser incapaz de obtener servicios médicos necesarios como paciente externo.
- El máximo beneficio que se paga por semana por los servicios de atención en el hogar no será mayor que los beneficios que se pagan por el total semanal de montos permitidos para la atención de enfermería especializada en un centro de atención de enfermería especializada autorizado, según lo determine Security Health Plan.
- Todos los servicios de atención en el hogar, incluidos los servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar, deben ser médicamente necesarios.

Con cobertura

- Atención de enfermería especializada de medio tiempo o intermitente en el hogar brindada por un enfermo certificado o bajo su supervisión.
- Los servicios de auxiliares de atención de la salud en el hogar de medio tiempo o intermitentes cuando formen parte del plan de servicios de atención en el hogar y estén supervisados por un enfermero certificado.
- Fisioterapia, terapia respiratoria, ocupacional o del habla.
- Suministros médicos, medicamentos con receta y servicios de laboratorio si se requieren de acuerdo con el plan de servicios de atención en el hogar y son solicitados por un médico y que también se cubrirían en un entorno hospitalario para pacientes internados.
- Asesoramiento nutricional proporcionado o supervisado por un nutricionista registrado o certificado cuando forme parte del plan de servicios de atención en el hogar.
- Terapia intravenosa (IV) autorizada por Security Health Plan, solicitada por un médico y realizada en el hogar de un miembro.
- Servicios de educación médica proporcionados por profesionales de atención autorizados cuando la educación sobre la enfermedad para el autocontrol del paciente es importante o cuando el miembro necesita un profesional capacitado para que lo instruya en la enfermedad.
- Los servicios relacionados con los servicios de atención en el hogar requieren autorización previa.

Sin cobertura

- Servicios de atención en el hogar proporcionados por la familia directa del miembro u otras personas que residan con el miembro.
- Servicios considerados como cuidado asistencial (p. ej., actividades de la vida diaria que incluyen, entre otras, vestirse, alimentarse, bañarse o trasladarse de la cama a una silla).

Limitaciones

- Consulte su Programa de beneficios para ver los límites en la cantidad de consultas que puede tener por año.
- Todos los medicamentos de infusión en el hogar están limitados a proveedores de infusión en el hogar y entornos de infusión en el hogar selectos.

- Cada consulta que realice una persona que proporciona servicios según un plan de servicios de atención en el hogar y que evalúe la necesidad del miembro o cree un plan cuenta como una consulta. Cada período de hasta 4 horas consecutivas de servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar en un período de 24 horas cuenta como una consulta de servicios de atención en el hogar.
- El máximo beneficio semanal que se paga por los servicios de atención en el hogar no será mayor que los beneficios que se pagan por el total semanal de montos permitidos para la atención de enfermería especializada en un centro de atención de enfermería especializada autorizado.

Atención en un hospicio

El médico primario del miembro debe certificar que la expectativa de vida del miembro es de seis meses o menos. Los servicios deben ser proporcionados por una agencia de hospicio autorizada, certificada y aprobada por Security Health Plan.

Con cobertura

Los servicios que incluyen atención de relevo solo están cubiertos cuando son solicitados por un proveedor de atención médica autorizado y son proporcionados por un programa de hospicio para personas con enfermedades terminales y sus familias.

Sin cobertura

Cargos por habitación y comida.

Terapia de infusión

Con cobertura

- Tratamientos de infusión realizados en un consultorio, o en un centro para pacientes externos o internados.
- Tratamientos de infusión realizados en el hogar cuando sea médicamente apropiado y haya un proveedor afiliado disponible.

Limitaciones

- Algunos servicios de tratamiento de infusión requieren autorización previa.
- Todos los medicamentos de infusión en el hogar están limitados a proveedores de infusión en el hogar y entornos de infusión en el hogar selectos.

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Se requiere la certificación de paciente internado de Security Health Plan. El proveedor de atención médica debe comunicarse con Security Health Plan al menos 14 días antes de las cirugías opcionales para pacientes internados. Los servicios hospitalarios para pacientes internados incluyen servicios y suministros proporcionados durante una estadía de paciente internado en un hospital.

Con cobertura

Servicios hospitalarios para pacientes internados debido una enfermedad física o lesión, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comida, incluidos servicios de enfermería, en caso de ocupación de una habitación semiprivada.
- Cargos de habitaciones privadas cuando lo solicite el médico y sea médicamente necesario.
- Tratamientos médicos relacionados en hospitales, y servicios y suministros.
- Habitación y comida en la unidad de cuidados intensivos.

Sin cobertura

- Las hospitalizaciones, si la atención puede proveerse de manera segura y efectiva en un entorno de cuidados menos intensivos.
- Las hospitalizaciones prolongadas o los artículos de comodidad personal por razones que no sean la necesidad médica.
- Medicamentos con receta y suministros para llevar al hogar provistos por el hospital al momento del alta para que use en su hogar, lo que incluye el alta de consultas de atención de emergencia o de urgencia.

Limitaciones

- Si se encuentra en un hospital fuera de la red como paciente internado por una emergencia médica, nos reservamos el derecho a coordinar el traslado a un hospital de la red una vez que esté estable y pueda ser trasladado de forma segura.
- Se requiere autorización previa para los ingresos de pacientes internados programados.
- Se requiere una notificación para el ingreso de pacientes internados de urgencia o emergencia. De acuerdo con la Sección de Seguro 9.38 (4) del Código Administrativo de Wisconsin, se requiere notificación 48 horas después de recibir servicios, o cuando sea médicamente factible para que el inscrito proporcione el aviso, lo que sea posterior.
- El ingreso a otro hospital no está cubierto cuando la atención está disponible en el hospital de la red en el que ingresó por primera vez, a menos que se reciba una autorización previa.

Servicios para enfermedades renales**Con cobertura**

Los tratamientos para la enfermedad renal para pacientes internados y externos, incluidos diálisis, trasplantes y servicios relacionados con los donantes están cubiertos. Nota: Los miembros con enfermedad renal terminal (ESRD) deben comunicarse con Medicare para conocer las opciones de inscripción y los beneficios.

Servicios relacionados con la maternidad**Con cobertura**

- Atención prenatal, del parto y posparto proporcionada por un proveedor de atención médica autorizado, incluida una enfermera partera certificada.
- Consultas prenatales adicionales para embarazos de alto riesgo con un proveedor de atención médica de obstetricia.
- Servicios para abortos espontáneos.
- Abortos que terminan el embarazo de una madre si así se requieren debido a una enfermedad de la madre, enfermedad del feto, patologías o anomalías y si cumplen todas las leyes aplicables.
- Servicios para las complicaciones médicas que surgen de un aborto espontáneo o inducido.
- Parto/nacimiento en el agua.

Security Health Plan cumplirá los plazos establecidos por la ley federal para el parto: 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea. Si la hospitalización excede el plazo asignado, se requiere que su proveedor se comunique con Security Health Plan según los requisitos de hospitalización para pacientes internados.

Sin cobertura

- Clases de parto y otras clases instructivas, que no sean el apoyo y el asesoramiento para la lactancia.
- Parto en el hogar y consultas en el hogar.
- Servicios proporcionados por una partera autorizada o partera profesional certificada.

Servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias

Los servicios relacionados con el tratamiento de salud mental, para pacientes internados y residenciales, requieren autorización previa. Otros servicios para pacientes externos de transición no requieren autorización previa. Consulte su Programa de beneficios y la Sección III de esta Póliza para obtener detalles sobre la autorización previa.

Los siguientes beneficios para servicios de salud mental y por abuso de sustancias están sujetos a los deducibles, coseguros o copagos aplicables. Los servicios deben ser médicamente necesarios y los debe proporcionar un proveedor de atención médica de salud del comportamiento de la red.

Cubrimos evaluaciones de salud mental y tratamiento solicitados por un tribunal de Wisconsin cuando los servicios solicitados están cubiertos conforme a este documento.

Con cobertura

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Servicios hospitalarios para pacientes internados relacionados con el tratamiento de trastornos nerviosos o mentales o por abuso de sustancias. Estos incluyen lo siguiente:

- Habitación y comida, incluidos servicios de enfermería, en caso de ocupación de una habitación semiprivada.
- Cargos de habitaciones privadas cuando lo solicite el médico y sea médicamente necesario.
- Tratamientos médicos relacionados en hospitales, que incluyen servicios y suministros.
- Habitación y comida en la unidad de cuidados intensivos.

Servicios para pacientes externos

- Servicios no residenciales para el tratamiento de trastornos nerviosos o mentales, o por abuso de sustancias, que se proporcionan directamente a un miembro por un proveedor de salud mental autorizado, profesional o paraprofesional.
- Servicios no residenciales para el tratamiento de trastornos nerviosos o mentales, o por abuso de sustancias, que se proporcionan directamente a un miembro o a la familia inmediata de un miembro, con el objetivo de mejorar el tratamiento del miembro. Los servicios se proporcionan por un proveedor de salud mental autorizado, profesional o paraprofesional.
- Un programa proporcionado en un hospital para pacientes externos o en un centro de tratamiento para pacientes externos.
- Un hijo dependiente cubierto que sea un estudiante de tiempo completo y que asista a la escuela tendrá cobertura para los servicios para pacientes externos limitados de proveedores fuera de la red para tratar trastornos por abuso de sustancias, y trastornos nerviosos y mentales. Esto solo se aplica a hijos dependientes sin cobertura colectiva general para dependientes de la red. Esto incluye una evaluación clínica del problema. Si en la evaluación clínica se recomiendan servicios para pacientes externos, no se cubrirán más de cinco consultas con un proveedor fuera de la red en un centro de tratamiento para pacientes externos o con otro proveedor. Todos los centros o proveedores de tratamiento para pacientes externos fuera de la red deben estar razonablemente cerca de la escuela en la que el estudiante está inscrito. Se requiere la autorización previa de Security Health Plan para todos estos servicios antes de que la cobertura esté disponible, ya que Security Health Plan puede designar al proveedor que brindará estos servicios.
 - Si Security Health Plan determina que el tratamiento evitará que el estudiante asista a la escuela regularmente, o si ya no está inscrito en la escuela, los servicios del proveedor fuera de la red no estarán cubiertos. Cuando se completen las cinco consultas, la cobertura no estará disponible para la continuidad de la atención por parte de un proveedor fuera de la red, a menos que esté aprobada por Security Health Plan. Para los fines de esta sección,

“escuela” implica una escuela de formación profesional, escuela técnica, escuela de educación para adultos o cualquier instituto de educación superior que otorgue un título de licenciatura o superior.

Acuerdos de tratamientos de transición

Servicios médicamente necesarios para el tratamiento de trastornos nerviosos o mentales o por abuso de sustancias que incluyen lo siguiente:

- Servicios de tratamiento residencial.
- Servicios de tratamiento diurno o programa de hospitalización parcial.
- Programas intensivos para pacientes externos.
- Programas de apoyo comunitario (CSP).
- Intervención en situaciones de crisis.

Limitaciones

- Si se encuentra en un hospital fuera de la red como paciente internado por una emergencia médica, nos reservamos el derecho a coordinar el traslado a un hospital de la red una vez que esté estable y pueda ser trasladado de forma segura.
- Se requiere autorización previa para los ingresos de pacientes internados programados.
- Se requiere una notificación para el ingreso de pacientes internados de urgencia o emergencia. De acuerdo con la Sección de Seguro 9.38 (4) del Código Administrativo de Wisconsin, se requiere notificación 48 horas después de recibir servicios, o cuando sea médicamente factible para que el inscrito proporcione el aviso, lo que sea posterior. El ingreso a otro hospital no está cubierto cuando la atención está disponible en el hospital de la red en el que ingresó por primera vez, a menos que se reciba una autorización previa.

Consultas de asesoramiento y educación nutricional

Con cobertura

Servicios de asesoramiento nutricional con un nutricionista certificado cuando se cumplen las dos siguientes condiciones:

- La educación nutricional se requiere para una enfermedad en la que el autocontrol del paciente es un componente importante del tratamiento.
- Existe un déficit de conocimientos sobre la enfermedad que requiere la intervención de un profesional de la salud capacitado.

Sin cobertura

- Alimentos o alimentos médicos formulados para consumo o administración interna, bajo la supervisión de un médico, designados específicamente para la administración alimenticia.
- Suplementos nutricionales o vitaminas.

Consultas en el consultorio y beneficios de atención para pacientes externos

Con cobertura

- Servicios profesionales proporcionados en el consultorio de un proveedor de atención médica autorizado.
- Servicios proporcionados en otros centros para pacientes externos cuando sean médicamente necesarios y adecuados para diagnosticar y tratar la enfermedad o lesión.
- Atención de conveniencia, incluida la atención virtual dentro de la red.

Servicios hospitalarios y quirúrgicos para pacientes externos

Con cobertura

- Servicios hospitalarios y en centros quirúrgicos ambulatorios (ASC) para pacientes externos.

- Servicios quirúrgicos recibidos de un proveedor de atención médica autorizado durante una consulta en el consultorio, una consulta de atención de urgencia, o una consulta en un hospital o ASC para pacientes externos.
- Servicios en un ASC u hospital para pacientes externos no quirúrgico recibidos de un médico u ordenados por un médico.

Sin cobertura

Los medicamentos con receta y suministros para llevar al hogar provistos por el hospital al momento del alta para que use en su hogar, lo que incluye el alta de consultas de atención de emergencia o de urgencia, no están cubiertos.

Limitaciones

Los servicios hospitalarios y quirúrgicos para pacientes externos pueden requerir autorización previa. Visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization o consulte la Sección III de esta Póliza para obtener una lista de los servicios o artículos que requieren autorizaciones previas.

Cobertura para medicamentos con receta

Los medicamentos con receta pueden requerir autorización previa. Consulte el formulario para obtener información detallada sobre la autorización previa. El formulario se revisa y actualiza regularmente. La mayoría de los cambios involucran agregar medicamentos nuevos o medicamentos que estén disponibles recientemente en forma genérica. En ocasiones, se eliminan medicamentos del formulario, cambian de nivel, o se mueven a un estado restringido. Para ver el formulario, visite el sitio web <http://www.securityhealth.org/prescription-tools> o llame al Departamento de Servicios de Farmacia de Security Health Plan al 1-877-873-5611.

Con cobertura

- Los medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de EE. UU. incluidos en el formulario actual y obtenidos de un proveedor de farmacia de la red.
- Medicamentos compuestos que no estén excluidos de otra manera de la cobertura del miembro y que contengan al menos un medicamento aprobado por la FDA para el que Security Health Plan determine que no existe una alternativa comercial disponible.

La Ley de Igualdad para el Tratamiento contra el Cáncer:

limita los copagos a no más de \$100 para suministros para 30 días de medicamentos para quimioterapia por vía oral. Se evaluará un cargo complementario más allá del máximo mensual de \$100 para los medicamentos con receta de marca cuando haya disponible un medicamento genérico. Para los planes de salud con deducibles altos, el límite del copago se aplica solo luego de que se alcance el deducible del miembro.

Sin cobertura

- Medicamentos con receta que no figuran en el formulario actual, a menos que se otorgue una excepción médica.
- Medicamentos provistos por farmacias fuera de la red, salvo en casos de atención de urgencia o emergencia.
- Cualquier medicamento sin una receta válida, a menos que lo indique el gobierno federal o estatal.
- Medicamentos que requieren autorización previa, pero no se obtuvo una autorización previa.
- Medicamentos aprobados recientemente por la FDA que no están cubiertos o pueden cambiar en el estado de cobertura hasta que se consideren formalmente para su inclusión en el formulario.
- Medicamentos que no son médicamente necesarios.

- Los resurtidos anticipados de recetas si queda menos del 75% de la cantidad provista anteriormente.
- Medicamentos experimentales o de investigación.

Limitaciones

- Determinados medicamentos con receta pueden requerir autorización previa.
- Determinados medicamentos con receta pueden estar sujetos a un límite de cantidad.
- Determinados medicamentos con receta pueden tener restricciones de edad.
- Los medicamentos con receta especializados están limitados a un suministro para un mes.
- Los medicamentos con receta especializados selectos estarán limitados a una cantidad de surtidos parciales para evaluar la tolerabilidad y la reacción al medicamento del miembro antes de obtener un surtido para un mes.
- Los medicamentos con receta especializados pueden estar limitados a una farmacia especializada designada.
- Todas las recetas deben presentarse de manera electrónica usando su tarjeta de farmacia de Security Health Plan. En el caso de los medicamentos con receta que no se presenten electrónicamente, no se cubrirá ningún monto en dólares que supere el cargo contratado de manera electrónica para ese medicamento.
- Es posible que los miembros que reciben múltiples recetas basadas en opioides de distintas personas autorizadas a emitir recetas y farmacias deban usar solo una farmacia para las próximas recetas.
- Los medicamentos genéricos y de marca recetados están sujetos a costos compartidos. Si un equivalente genérico está disponible y se entrega un medicamento de marca, el miembro es responsable de los costos compartidos además del cargo complementario por el medicamento de marca.
- Los medicamentos de beneficios médicos pueden requerir autorización previa.
- Es posible que algunos medicamentos requieran tratamiento escalonado. Si se determina que más de un medicamento con receta es seguro y efectivo para el tratamiento de una enfermedad o lesión, únicamente podremos brindar beneficios para el medicamento con receta menos costoso. De manera alternativa, podremos requerirle que pruebe el medicamento con receta menos costoso antes de pagar los beneficios de cualquier medicamento con receta alternativo.
- Los medicamentos de prevención están limitados a un equivalente genérico si hay disponible.
- Los medicamentos que reemplazan medicamentos perdidos, robados, dañados o destruidos están limitados a un resurtido temprano por medicamento por año del plan.
- Es posible que los medicamentos genéricos autorizados no se encuentren en el nivel del formulario genérico. Una versión genérica autorizada es el producto propio de la compañía reempaquetado y comercializado como un medicamento genérico. Una versión genérica autorizada es un medicamento de marca.
- Es posible que los medicamentos genéricos no se encuentren en el formulario para la cobertura si hay una estrategia genérica de marca en su lugar. En estos casos, el medicamento de marca estará cubierto en lugar del genérico.
- Los montos de cupones para medicamentos con receta no se aplican al deducible ni a los límites de lo que paga de su bolsillo.

Servicios de atención preventiva

Los servicios de atención médica preventiva pueden ser proporcionados como pacientes externos en el consultorio de un médico afiliado, un centro de atención alternativo o un hospital. Security Health Plan cubre todos los servicios requeridos por el mandato preventivo federal detallado en la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Consulte su Programa de beneficios o ingrese en www.securityhealth.org/preventive para obtener una lista de los servicios más comunes.

Limitaciones

Los límites de edad y diagnóstico se basan en una calificación de "A" o "B" en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).

Servicios de radiología y laboratorio

Con cobertura

- Las radiografías de diagnóstico y otros estudios por imágenes que incluyen, entre otros, tomografías computarizadas (CT), tomografías por emisión de positrones (PET), angiografías por resonancia magnética (MRA) y pruebas de imágenes por resonancia magnética (MRI), cuando están relacionados con una enfermedad o lesión físicas cubiertas.
- Servicios de laboratorio recibidos por un proveedor de laboratorio de la red cuando están relacionados con una enfermedad o lesión físicas cubiertas.

Limitaciones

Los servicios de radiología y los servicios de laboratorio pueden requerir autorización previa. Visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization o consulte la Sección III de esta Póliza para obtener una lista de los servicios o artículos que requieren autorizaciones previas.

Servicios en un centro de atención de enfermería especializada

Con cobertura

- Servicios diarios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios diarios de rehabilitación especializada, incluidas la habitación y la comida.
- Fisioterapia, terapia médica, ocupacional y terapia del habla especializada cuando la habitación y la comida no son elegibles para cobertura.
- Servicios y suministros médicos recibidos de un proveedor de atención médica autorizado durante una hospitalización en un centro de atención de enfermería especializada.

Sin cobertura

- Días fuera del centro.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada si se pueden brindar los servicios de atención médica en un nivel de atención más bajo (por ejemplo, atención en el hogar).
- Cuidado asistencial y otros servicios no especializados.

Limitaciones

La atención en un centro de atención de enfermería especializada requiere autorización previa. Consulte su Programa de beneficios para ver los límites en la cantidad de días por persona por internación.

Consultas de telesalud y atención virtual

Con cobertura

Los servicios de telemedicina/telesalud brindados por un proveedor de atención médica de la red incluyen los siguientes:

- Consultas sobre la salud del comportamiento.
- Consultas sobre la administración de la atención.
- Consultas.
- Consultas educativas sobre la diabetes.
- Los servicios terapéuticos de habilitación y de rehabilitación, inclusive la terapia ocupacional, física y del habla.
- Consultas sobre la administración de los medicamentos.
- Asesoramiento nutricional.
- Consultas en el consultorio.

Sin cobertura

- Costo de la conexión.
- Equipo necesario para una consulta de telesalud.
- Correo electrónico, fax o mensaje de texto.
- Programación de citas.
- Solicitudes de resurtido con receta.
- Informe de resultados de las pruebas.

Limitaciones

Los servicios terapéuticos de habilitación y de rehabilitación requieren autorización previa para aquellos servicios proporcionados, no para la ubicación del servicio.

Servicios terapéuticos

Con cobertura

- Servicios de terapia de habilitación médicamente necesarios realizados en centro para pacientes externos, incluidos fisioterapia, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades, para ayudar a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria; se requiere autorización previa.
- Servicios de terapia de rehabilitación médicamente necesarios realizados en un centro para pacientes externos, incluidos fisioterapia, terapia ocupacional y del habla llevados a cabo en un centro para pacientes externos realizados por un terapeuta físico, ocupacional o del habla autorizado para el tratamiento de una enfermedad o lesión; se requiere autorización previa.

Sin cobertura

Los siguientes son servicios no cubiertos que incluyen, entre otros:

- Servicios de rehabilitación que no sean para el tratamiento de una enfermedad o lesión o que no estén relacionados con estos.
- Servicios de rehabilitación de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla cuando no existe una expectativa razonable de que su afección vaya a mejorar dentro de un período previsible según los estándares que generalmente son aceptados en la comunidad médica.
- Servicios que continúan después de que el miembro alcanza la mejora prevista, o la resolución o estabilización de la afección médica.
- Servicios que la escuela de un niño inscrito está legalmente obligada a proporcionar, sin importar si la escuela proporciona esos servicios o no y sin importar si el miembro decide utilizar esos servicios o no.
- Servicios terapéuticos, incluida la terapia recreativa, terapia educativa, terapia de la voz, terapia grupal y servicios de acondicionamiento físico o deportivo para mejorar una afección física.
- Rehabilitación laboral.
- Evaluación de la capacidad funcional
- Servicios relacionados con artículos no cubiertos.
- Reducción del acento/dialecto y cambio de voz para personas transgénero.
- Servicios de reintegración en la comunidad y la profesión.
- Servicios prestados en un entorno escolar o en el hogar.
- Servicios proporcionados por un entrenador deportivo.
- La acupuntura no está cubierta.

Limitaciones

- Los servicios terapéuticos de habilitación y de rehabilitación requieren autorización previa cuando se realizan a pacientes externos. Los servicios realizados durante hospitalizaciones o internaciones de observación no requieren autorización previa.
- Consulte su Programa de beneficios para ver los límites en la cantidad de consultas de terapia de habilitación y rehabilitación.

Servicios de trasplante

Con cobertura

Los trasplantes médicamente necesarios de órganos sólidos, receptor de antígeno quimérico (CAR-T), sangre y médula están cubiertos. El miembro debe utilizar un Centro de excelencia (COE) que haya cumplido o superado los estándares de calidad para la prestación de atención de trasplantes.

Sin cobertura

- Gastos de alojamiento, incluidos gastos de comidas.
- Gastos del traslado del receptor, excepto en los casos en los que sea médicamente necesario utilizar servicios de ambulancia profesional autorizada.
- El costo de la compra de médula ósea o cualquier tejido u órgano que sea vendido en vez de donado.
- Servicios no solicitados por un médico o cirujano.
- Trasplantes de tejidos u órganos artificiales o no humanos.
- Extracción y almacenamiento de tejido humano que incluye, entre otros, espermatozoides, óvulos y sangre del cordón umbilical del feto.
- Pruebas de donantes potenciales

Limitaciones

Los servicios relacionados con los trasplantes requieren autorización previa.

Servicios de atención de urgencia

Con cobertura

Los servicios de atención de urgencia proporcionados por un proveedor de atención médica autorizado de la red o fuera de la red están cubiertos.

Sin cobertura

Los medicamentos con receta y suministros para llevar al hogar provistos por el hospital al momento del alta para que use en su hogar no están cubiertos; esto incluye el alta de consultas de atención de emergencia o de urgencia.

Limitaciones

La atención de seguimiento debe recibirse de un proveedor de atención médica dentro la red, salvo que Security Health Plan autorice lo contrario o si la cobertura del miembro, según se define en el Programa de beneficios, cubre proveedores fuera de la red.

Servicios de la vista

Con cobertura

- Un examen de la vista de rutina por año que incluye dilatación/refracción y prueba de lentes de contacto para miembros menores de 19 años.
- Servicios de visión que son razonables y necesarios para evaluar signos y síntomas de una enfermedad o para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión.

Entre los lentes cubiertos se incluyen:

- Anteojos:
 - Para dependientes inscritos menores de 19 años, un par de anteojos, que incluye cristales y marcos, por año. Este beneficio se limita a una selección de anteojos aprobada por Security Health Plan. Comuníquese con Security Health Plan para obtener más información.
 - Anteojos de visión simple.
 - Anteojos convencionales bifocales o trifocales (con revestimiento).
 - Lentes lenticulares.
 - Anteojos de protección con revestimiento ultravioleta, lentes de policarbonato, lentes combinados, lentes progresivos estándares o premium, lentes de visión intermedia, lentes de cristal fotocromático, lentes fotosensibles de plástico, lentes polarizados, lentes estándares con revestimiento antirreflejo, lentes premium con revestimiento antirreflejo, lentes con revestimiento antirreflejo superior y lentes de alto índice.
- Lentes de contacto
 - Para dependientes inscritos menores de 19 años, un par por año calendario en vez de anteojos.
- También tienen cobertura
 - Lentes intraoculares estándares después de una cirugía de cataratas.
 - Primer par de lentes externos (de contacto o anteojos) estándares después de una cirugía de cataratas.

Sin cobertura

- Examen de la vista preventivo para adultos de 19 años y más.
- Dilatación/refracción para adultos de 19 años y más.
- Anteojos para adultos de 19 años y más.
- Terapia de la vista (ortóptica/ejercicios oculares) y ejercicios de seguimiento visual.
- Cirugía refractiva (LASIK) y otros procedimientos oculares para mejorar la refracción.
- Lentes intraoculares para corregir la visión después de una cirugía de cataratas.
- Lentes progresivos.
- Gastos de preparación o adaptación de anteojos o lentes de contacto y gastos relacionados para adultos mayores de 19 años.
- Anteojos o lentes de contacto, excepto los especificados anteriormente en el Programa de beneficios.

SECCIÓN V: EXCLUSIONES GENERALES: LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO

Además de las exclusiones y limitaciones específicas detalladas en la sección Beneficios y en el Programa de beneficios, no existen beneficios de cobertura para los servicios que se mencionan a continuación. Es posible que algunas de las exclusiones sean médicamente necesarias, pero aun así no se encuentran cubiertas en este plan. Esta lista no es exhaustiva. Consulte el Programa de beneficios o comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan para obtener información sobre la cobertura de un determinado servicio.

Tratamientos

- Terapia con animales (hipoterapia)
- Estimulación de pacientes en estado de coma
- Terapias complementarias y alternativas
 - Acupresión
 - Acupuntura
 - Aromaterapia
 - Arteterapia
 - Danzaterapia
 - Terapias digitales (por ejemplo, aplicaciones de teléfono inteligente) excepto si se les ofrecen al miembro a través de Security Health Plan
 - Musicoterapia
 - Proloterapia
- Terapia craneosacral (masajes para liberar la tensión y mejorar los movimientos corporales)
- Cuidado asistencial o de descanso; atención a domicilio proporcionada en el hogar del paciente para ayudarlo a bañarse, alimentarse, limpiar y preparar las comidas; atención de apoyo/mantenimiento
- Capacitación y pruebas educativas
- Infertilidad; todos los servicios relacionados con la recuperación, la mejora o la estimulación de la fertilidad
- Cuidado de los pies (de rutina) que incluye el examen, el tratamiento y la extracción de la totalidad o parte de durezas, callosidades, hipertrofia o hiperplasia de la piel o los tejidos subcutáneos de los pies y el corte, el recorte o cualquier otra extracción parcial no quirúrgica de las uñas de los pies. Esta exclusión no se aplica a la atención preventiva de los pies directamente relacionada con el manejo de ciertas afecciones médicas, que incluye, entre otras, diabetes, enfermedad neurológica y enfermedad vascular.
- Reemplazo o restauración capilar que incluye, entre otros, pelucas, extensiones protésicas, trasplantes e implantes, y fármacos de restitución capilar por cualquier motivo
- Dispositivos médicos, aparatos o equipo médico duradero que no se mencionan en el formulario actual
- Atención de enfermería privada
- Psicocirugía
- Vacuna contra la rabia si no se produjo la mordedura de ningún animal
- Tratamiento médico y quirúrgico de los ronquidos, excepto en los casos en los que se proporcione como tratamiento para la apnea obstructiva del sueño
- Programas o cirugía para perder peso, excepto como se menciona en esta Póliza

Servicios específicos

- Por lo general, los servicios experimentales o de investigación y no comprobados, y todos los servicios relacionados no están cubiertos.
- Servicios indirectos proporcionados por proveedores de atención médica para servicios que incluyen, entre otros, la creación de estándares, procedimientos y protocolos de laboratorio; equipos de calibración; supervisión de las pruebas; establecimiento de parámetros para los resultados de las pruebas y revisión de los datos de control calidad.
- Servicios de laboratorio y terapia relacionados con las pruebas/evaluaciones de la capacidad funcional.
- Servicios profesionales no proporcionados por un médico ni ninguno de los proveedores de atención médica especificados en la sección Definiciones de esta Póliza.
- En todos los casos, COB con Medicare se adaptarán a los estatutos y reglamentos federales y estatales. Para los servicios cubiertos por Medicare, si el miembro tiene Medicare, o es elegible para recibir Medicare, los beneficios se coordinarán en la medida en que los beneficios estén o puedan estar disponibles de Medicare. Esta póliza puede ser el pagador primario o secundario con Medicare según las leyes y reglamentaciones estatales y federales aplicables.
- Los servicios que concluimos no son médicamente necesarios; esto incluye servicios que no cumplen con nuestra política médica, cobertura clínica o pautas de la política de beneficios.
- Servicios que no sean para el tratamiento de una enfermedad o lesión o que no estén relacionados con estos, salvo que esté específicamente establecido en la cobertura.
- Servicios que continúan después de que el paciente alcanza la mejora prevista, o la resolución o estabilización de una afección médica.
- Servicios y cargos del llenado de formularios de exámenes que incluyen, entre otros, exámenes para el seguro, el empleo, la adopción, evaluaciones para la manutención y la custodia de niños, formularios de inmigración, autorización y certificaciones o demandas.
- Servicios de proveedores de atención médica que no forman parte de la red de proveedores de Security Health Plan, salvo que esté específicamente establecido en la Póliza o el Programa de beneficios.
- Servicios proporcionados o recetados por la familia directa del miembro, definidos como familiares por nacimiento o casamiento. Los ejemplos incluyen un cónyuge, hermano, hermana, padre o hijo. Esto incluye cualquier servicio que el proveedor pueda realizarse a sí mismo.
- Servicios proporcionados por un proveedor con su misma dirección legal.
- Servicios que no se encuentran especificados como cubiertos en la Póliza o en el Programa de beneficios; servicios que surgen o resultan de complicaciones, o son secundarios a cualquier servicio no cubierto según la Póliza o el Programa de beneficios.
- Servicios para los cuales no se le otorga una prueba de reclamación a Security Health Plan, de acuerdo con lo especificado en "Prueba de reclamación" en la Sección VIII de esta Póliza.
- Servicios proporcionados en relación con cualquier enfermedad o lesión provocada por la participación del miembro en un trabajo ilegal o por la comisión o el intento de comisión de un delito por parte del miembro, excepto en los casos de incidentes por violencia doméstica.
- Servicios proporcionados en relación con cualquier lesión o enfermedad que surge de un trabajo con salario o beneficio por el cual el empleador debe proporcionar un seguro de indemnización por accidentes de trabajo, o durante el transcurso de este trabajo; si el miembro se encuentra protegido por leyes de indemnización por accidentes de trabajo o por leyes similares, esta exclusión se aplica independientemente de la reclamación, la exención o la concesión de los beneficios según las leyes de indemnización por accidentes de trabajo o de leyes similares, e independientemente de si el miembro tiene

cobertura de un seguro de indemnización por accidentes de trabajo; esta exclusión también se aplica si el miembro se representa a sí mismo en el tribunal o contrata a un abogado, para reclamos de compensación laboral en disputa; esta exclusión no se aplica a un propietario único o socio que elija no convertirse en empleado, si Security Health Plan recibe prueba escrita de dicha elección.

- Servicios proporcionados por la Administración de veteranos de los EE. UU., excepto para los servicios para los cuales, según la ley federal aplicable, la póliza sea el pagador primario y la Administración de veteranos de los EE. UU. sea el pagador secundario.
- Servicios cubiertos por Medicare si el miembro tiene Medicare, o es elegible para recibir Medicare, siempre y cuando los beneficios estén o estarían disponibles de Medicare. No se incluyen los servicios para los cuales, según la ley federal aplicable, la póliza es el pagador primario y Medicare funciona como el pagador secundario.
- Servicios tales como servicios de salud pública proporcionados por cualquier agencia federal, estatal, del condado o de la ciudad, o cualquier entidad similar, a menos que dicha cobertura sea exigida por alguna ley federal o estatal.
- Tratamiento, servicios y suministros para una lesión o enfermedad que surja directa o indirectamente de una guerra, declara o no declarada, de la acción de un enemigo o de la acción de las Fuerzas Armadas de cualquier estado o país, si los beneficios para dicha enfermedad o lesión se encuentran disponibles de acuerdo con las leyes de los Estados Unidos o cualquier subdivisión política de los Estados Unidos; esto incluye enfermedades o lesiones provocadas por una explosión atómica o termonuclear, o que resulten de la radiación, además de cualquier tipo de acción militar, cordial o agresiva.

Farmacia/medicamentos con receta relacionados

- Gotas sublinguales de extractos de alérgenos.
- Medicamentos para suprimir el apetito o perder peso.
- Medicamentos aplicados, ingeridos o administrados mientras el miembro es un paciente o residente en un hospital, centro de proveedores para pacientes externos, centro de salud mental, centro de atención prolongada, hospital de convalecencia, centro de atención de enfermería especializada, hospicio o una institución similar.
- Medicamentos para fines estéticos, incluso para el crecimiento del cabello.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de fertilidad.
- Productos de venta libre incluidos, entre otros, medicamentos, suplementos dietéticos, vitaminas prenatales, otras vitaminas, alimentos médicos, preparados a base de hierbas y saborizantes o colorantes a granel que no figuran en el formulario actual.
- Productos químicos sin procesar o a granel.
- Kits de medicamentos con receta comercializados y preempaquetados que incluyen medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, sustancias químicas a granel, suministros médicos duraderos o cualquier combinación de estos ingredientes a menos que el kit esté indicado específicamente en el formulario actual.
- Las vendas para heridas, los vendajes para regenerar tejidos y los medicamentos tópicos no medicados para hidratar o curar la piel.

Todas las demás exclusiones

- Análisis y tratamiento de alergias con métodos que no se encuentran aceptados como estándares o aprobados por la Academia Americana de Alergia, Asma e Inmunología o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o sus departamentos o agencias.
- Cualquier persona que presenta deliberadamente una reclamación fraudulenta o falsa por el pago de una pérdida o beneficio o que presenta deliberadamente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.
- Cargos de las citas a las que no asistió.

- Cargos por el cuidado infantil.
- Los costos del centro o lugar para el tratamiento, la terapia o los servicios proporcionados fuera del hogar de un miembro.
- Servicios de atención médica ordenados por un tribunal u otros servicios ordenados por un tribunal, excepto los cubiertos específicamente en esta Póliza o Programa de beneficios.
- Gimnasios o centros de salud, acondicionamiento aeróbico y de fortalecimiento, servicios de atención médica utilizados en la capacitación vocacional o educativa, rehabilitación vocacional, rehabilitación industrial, evaluación de la capacidad funcional, asesoramiento laboral, evaluaciones del sitio de trabajo y de regreso al trabajo, programas de rehabilitación laboral y todos los materiales y productos relacionados.
- Reembolso del tiempo de viaje de los proveedores de atención médica calificados, proveedores de atención médica supervisión calificados, profesionales calificados, terapeutas calificados o paraprofesionales calificados.
- Esta póliza no incluye servicios odontológicos para pacientes pediátricos según lo requiere la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible a nivel federal. Esta cobertura se encuentra disponible en el mercado de seguros y puede obtenerla como un producto independiente. Si desea adquirir una cobertura de servicios odontológicos para pacientes pediátricos o un servicio odontológico independiente, comuníquese con su compañía o agente de seguros, o con el Mercado provisto por el gobierno federal.
- Tratamientos que copien o dupliquen servicios proporcionados por una escuela.

SECCIÓN VI: QUÉ SUCEDE SI LOS MIEMBROS TIENEN MÁS DE UN PLAN

Cómo se aplica a usted

Esta sección se aplica a este plan en los casos en los que un miembro o un dependiente cubierto del miembro tenga cobertura de atención médica proveniente de más de un plan. Los términos "plan" y "este plan" se definen en la Sección XI, denominada "Definiciones".

Las normas de determinación del orden de beneficios que aparecen a continuación regulan el orden en el que cada plan pagará una reclamación por beneficios. El plan que paga primero se denomina plan primario. El plan primario debe pagar los beneficios de acuerdo con sus propias condiciones, independientemente de la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el plan secundario.

El plan secundario puede reducir los beneficios que paga de manera que los pagos de todos los planes no superen el 100% del gasto permitido total.

Normas de determinación del orden de beneficios

General: cuando existe un fundamento para una reclamación de este plan y de otro plan, este plan es un plan secundario que determina sus beneficios después de los beneficios del otro plan, a menos que aquellas normas y las normas de este plan descritas a continuación exijan que los beneficios de este plan se determinen antes que los beneficios del otro plan. **Normas:** este plan determina su orden de beneficios usando la primera de las siguientes normas que se aplique:

- **Otro plan sin normas:** si el otro plan no cuenta con normas de coordinación de sus beneficios con los beneficios de este plan, los beneficios del otro plan se determinarán primero.
- **No dependiente/dependiente:** los beneficios del plan que cubre a la persona en calidad de empleado, miembro o suscriptor se determinan antes que los beneficios del plan que cubre a la persona en calidad de dependiente de un empleado, miembro o suscriptor.
- **Hijo dependiente/padres no separados o no divorciados:** excepto en los casos que se especificaron antes, cuando este plan y otro plan cubren al mismo hijo en calidad de dependiente de personas diferentes denominadas "padres" se tendrá en cuenta lo siguiente: Un padre puede ser cualquier persona que sea titular de la póliza, entre las que se incluyen los tutores legales, los padrastros y los padres.
- Los beneficios del plan del padre cuyo cumpleaños caiga antes en el año calendario (mes y día únicamente) serán determinados antes que los beneficios del plan del padre cuyo cumpleaños caiga después en ese año calendario.
- Sin embargo, si ambos padres cumplen los años el mismo día, los beneficios del plan que haya cubierto al padre por más tiempo se determinarán antes que los beneficios del plan que cubrieron al otro padre por un período más corto.
 - No obstante, si el otro plan no cuenta con las normas descritas anteriormente, pero sí cuenta con una norma basada en el género del padre y si, a causa de eso, los planes no llegan a un acuerdo sobre el orden de los beneficios, la norma del otro plan deberá determinar el orden de los beneficios.
- **Hijo dependiente/padres separados o divorciados:** si dos o más planes cubren a una persona en calidad de hijo dependiente de padres separados o divorciados, los beneficios del hijo se determinarán según el siguiente orden:
 - Primero, el plan del padre que tiene la custodia del hijo.
 - Luego, el plan del cónyuge del padre que tiene la custodia del hijo.
 - Por último, el plan del padre que no tiene la custodia del hijo.
- Además, si las condiciones específicas de una sentencia judicial establecen que los padres deben tener la custodia compartida y no especifican que uno de los padres tiene responsabilidad sobre los gastos de atención médica del hijo O si la sentencia judicial establece que ambos padres deben ser responsables de las necesidades de atención

médica del hijo, pero le otorga la custodia física del hijo a uno de los padres, y las entidades obligadas a pagar o proporcionar los beneficios de los respectivos planes de los padres tienen conocimiento de esas condiciones.

- Los beneficios del hijo dependiente se determinarán según la sección de hijo dependiente/padres no separados o divorciados.
- Sin embargo, si las condiciones específicas de una sentencia judicial establecen que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del hijo, y la entidad obligada a pagar o proporcionar los beneficios del plan de ese padre tiene conocimiento de esas condiciones, los beneficios de ese plan se determinarán primero. Este párrafo no se aplica a ningún período de determinación de reclamación o año del plan durante el que se pague o proporcione algún beneficio antes de que la entidad tenga conocimiento de eso.
- **Empleado activo/inactivo:** los beneficios de un plan que cubre a una persona en calidad de empleado activo se determinan antes que los beneficios de un plan que cubre a esa persona en calidad de empleado despedido o jubilado o como dependiente de ese empleado. Si el otro plan no cuenta con esta norma y si, a causa de eso, los planes no llegan a un acuerdo sobre el orden de los beneficios, se deberá ignorar esta norma. Si un dependiente es un beneficiario de Medicare y si, según la modificación de la Ley de Seguro Social de 1965, Medicare es secundario al plan que cubre a esta persona en calidad de dependiente de un empleado activo, la regulación federal de Medicare sustituirá este párrafo.
- **Cobertura de continuación/COBRA:** si una persona tiene cobertura de continuación según la ley federal o estatal, y también tiene cobertura de otro plan, lo siguiente determinará el orden de los beneficios:
 - Primero, los beneficios de un plan que cubre a la persona en calidad de empleado, miembro o suscriptor, o en calidad de dependiente de un empleado, miembro o suscriptor.
 - Segundo, los beneficios conforme a la cobertura de continuación.
- **Mayor/menor duración de la cobertura:** si ninguna de las normas establecidas anteriormente determina el orden de los beneficios, los beneficios del plan que le hayan brindado cobertura durante más tiempo al empleado, miembro o suscriptor se determinarán antes que los beneficios del plan que le brindó cobertura durante menos tiempo a la persona.

Efectos sobre los beneficios de este plan

Cuándo se aplica esta subsección: Esta subsección se aplica en los casos en los que, de acuerdo con las "Normas de determinación del orden de beneficios", este plan sea un plan secundario a otro u otros planes. De ser así, se podrán reducir los beneficios de este plan de acuerdo con esta subsección. El otro plan o los otros planes se denominan "los otros planes".

Reducción de los beneficios del plan: Se reducirán los beneficios de este plan en los casos en los que los beneficios pagaderos totales superen los gastos permitidos en un período de determinación de reclamación. Si se reducen los beneficios de este plan como se describió anteriormente, cada beneficio se reducirá de manera proporcional. Luego, se computará contra cualquier límite de beneficios aplicable de este plan.

Derecho a recibir y divulgar información necesaria

Security Health Plan tiene derecho a decidir a qué datos se deben aplicar estas normas de Coordinación de beneficios (COB). También es posible que obtenga datos necesarios de cualquier otra persona u organización o divulgue esos datos sin el consentimiento del asegurado, pero solo cuando sea necesario aplicar estas normas de Coordinación de beneficios. Los registros médicos siguen siendo confidenciales, según lo establece la ley federal y estatal.

Todas las personas que reclamen beneficios de este plan deben brindarle a Security Health Plan todos los datos que necesitemos para pagar las reclamaciones.

Posibilidad de pago

Un pago realizado conforme a otro plan puede incluir un monto que debería haber sido pagado conforme a este plan. Si ese es el caso, es posible que Security Health Plan pague este monto a la organización que realizó ese pago. Entonces, el monto se considerará como si fuese un beneficio pagado conforme a este plan. Security Health Plan no tendrá que pagar ese monto otra vez. El término "pago realizado" significa el valor razonable en efectivo del beneficio provisto en forma de servicios.

Derecho de recuperación

Si el monto de los pagos realizados por Security Health Plan es más de lo que se debería haber pagado conforme a esta sección, puede recuperar el excedente de uno o más de los siguientes:

- Las personas a las que les ha pagado.
- Compañías de seguros.
- Otras organizaciones.

El "monto de los pagos realizados" incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicio.

SECCIÓN VII: CÓMO FUNCIONA NUESTRA COBERTURA CUANDO LOS MIEMBROS TIENEN MEDICARE

Pagador secundario

Si un miembro, que es elegible para solicitar Medicare y para quien Medicare es el pagador primario, incurre en gastos cubiertos, Security Health Plan determinará los beneficios pagaderos, si hubiere, usando las normas y reglamentaciones de Medicare para determinar si Medicare o Security Health Plan es pagador primario. Si Medicare es el pagador primario de un miembro elegible para Medicare, el miembro se considera inscrito y cubierto conforme a las Partes A y B de Medicare, independientemente de si el miembro está realmente inscrito en una o ambas partes de Medicare. Por ejemplo, si un miembro, para quien Medicare es el pagador primario, es elegible para inscribirse en la Parte B de Medicare, pero no lo hace, o finaliza su cobertura de la Parte B de Medicare, aun así determinaremos los beneficios pagaderos según la cobertura como si ese miembro tuviera cobertura de la Parte B de Medicare y los beneficios pagados de la Parte B de Medicare, incluso si Medicare no pagó ningún beneficio de la Parte B.

Para obtener más información sobre la coordinación de los beneficios y el pagador secundario, viste <https://www.cms.gov/medicare/medicare>.

Responsabilidad del miembro

Los miembros, incluidos los dependientes, deben notificarle a Security Health Plan la elegibilidad para Medicare, debido a la edad o discapacidad, lo antes posible para que los beneficios se puedan pagar de manera adecuada.

SECCIÓN VIII: PAUTAS COMERCIALES DEL PLAN DE SALUD

La relación de un miembro con un médico, hospital u otro proveedor de atención médica

Security Health Plan no interferirá en la relación profesional que un miembro tenga con un proveedor de atención médica. Security Health Plan no celebra contratos con los miembros para elegir o proporcionar un proveedor de atención médica, servicios o centros, ni garantizamos su disponibilidad.

Security Health Plan no es responsable de ninguna lesión, daño o gasto (incluidos los honorarios de abogados) que un miembro sufra como resultado de cualquier consejo, acción u omisión inadecuados de cualquier proveedor de atención médica que incluye, entre otros, los proveedores de atención médica de la red. Security Health Plan solo está obligado a proporcionar los beneficios mencionados en la cobertura.

Continuidad de la atención

Si está consultando a un proveedor de atención médica de la red y la relación de ese proveedor con Security Health Plan finaliza, puede continuar atendiéndose con ese proveedor y este será tratado como un proveedor de la red durante el tiempo aplicable requerido por la ley estatal. El período depende de si el proveedor es un médico de atención primaria. Si se proporciona atención de maternidad y usted está en su segundo o tercer trimestre de embarazo cuando la relación finaliza, se proporcionará atención hasta la finalización de su atención posparto y la del bebé. Este párrafo no aplica si el proveedor ya no ejerce en el área de servicio o si el contrato del proveedor terminó debido a falta de ética profesional.

Si el contrato de su proveedor con Security Health Plan termina y usted tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Servicio al cliente de Security Health Plan.

Asignación de beneficios

Esta cobertura es solo para la persona asegurada cubierta y sus dependientes cubiertos. Los beneficios pueden asignarse en la medida en que lo permitan las leyes de seguros de Wisconsin.

Declaración de derechos conforme a la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Según la ley federal, los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud grupales, en general, no pueden restringir los beneficios de la duración de la estadía en el hospital relacionada con el nacimiento de un niño para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea.

Sin embargo, la compañía de seguros puede pagar una estadía más corta si el proveedor que atiende a la paciente (por ejemplo, su médico, la enfermera partera certificada o el auxiliar médico), luego de consultarlo con la madre, le da el alta antes a la madre o el recién nacido.

Además, según la ley federal, los planes y las compañías de seguros no pueden establecer el nivel de beneficios o los costos que paga de su bolsillo de modo que ninguna parte final de la estadía de 48 horas (o 96 horas) se trate de manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier otra parte más breve de la estadía.

Además, un plan o compañía de seguros, conforme a la ley federal, no puede requerir que un médico u otro proveedor de atención médica obtenga autorización para indicar una duración de la estadía de hasta 48 horas (o 96 horas). Sin embargo, para usar ciertos proveedores o centros, o reducir los costos que paga de su bolsillo, es posible que se requiera que obtenga una certificación previa. Para obtener información sobre la certificación previa, comuníquese con Security Health Plan.

Mantenimiento de una alta calidad

Security Health Plan se dedica a proporcionarle acceso a servicios de atención médica de excelencia, asequibles y convenientes. Security Health Plan controla la calidad de la atención que reciben nuestros miembros y se asegura de que las nuevas alternativas rentables cumplan con los estándares más altos.

Security Health Plan siempre busca maneras de lograr que la atención médica sea cada vez mejor.

Una forma comprobada de hacer esto es escuchar a nuestros miembros. Si tiene alguna idea sobre cómo Security Health Plan puede mejorar nuestros servicios, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan.

Informes del proveedor de atención médica, hospital u otros proveedores de atención médica

Los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica deben darle sus registros e informes a Security Health Plan para ayudar a que Security Health Plan determine los beneficios que le corresponden a un miembro y para administrar, de otra manera, la cobertura de un miembro. Al solicitar y aceptar la cobertura, los miembros reconocen que sus proveedores de atención médica pueden divulgar a los registros e informes médicos a Security Health Plan de un miembro y todos los dependientes cubiertos del miembro. Los miembros también anulan cualquier reclamación de privilegio o confidencialidad con respecto a dicha información cuando se utiliza para los fines descritos en este párrafo. Es una condición de Security Health Plan proporcionar cobertura a los miembros y sus dependientes cubiertos. También es una condición permanente de Security Health Plan para pagar los beneficios.

De acuerdo con todas las leyes estatales y federales, Security Health Plan puede usar información individualmente identificable sobre un miembro para identificar los procedimientos, productos o servicios que podrían ser de valor para un miembro (y solo al miembro). Security Health Plan utilizará información individualmente identificable sobre un miembro según lo permita o requiera la ley, incluso en nuestras operaciones e investigación. Security Health Plan utilizará datos anónimos para fines comerciales, incluso investigaciones.

Consulte nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad para obtener más información.

Incentivos para los proveedores de atención médica

Security Health Plan les paga a los proveedores de atención médica de la red a través de varios tipos de arreglos contractuales, algunos de los cuales pueden incluir incentivos financieros para promocionar la prestación de atención médica de una manera rentable y efectiva. Estos incentivos financieros no tienen la intención de afectar el acceso del miembro a la atención médica.

Los ejemplos de incentivos financieros para los proveedores de atención médica de la red son los siguientes:

- Bonificaciones por desempeño según los factores que podrían incluir la calidad, la satisfacción del miembro o la rentabilidad.
- Capitación: un grupo de proveedores de atención médica de la red recibe un pago mensual de Security Health Plan por cada miembro que elige un proveedor de atención médica de la red del grupo para que realice o coordine ciertos servicios de salud; los proveedores de atención médica de la red reciben este pago mensual independientemente de si el costo de proporcionar o coordinar la prestación de la atención médica del miembro es menos o más que el pago.

Security Health Plan utiliza varios métodos de pago para pagarles a los proveedores de atención médica de la red específicos. Periódicamente, el método de pago puede cambiar. Si un miembro quiere saber si el contrato que un proveedor de atención médica de la red tiene con Security Health Plan incluye incentivos financieros, Security Health Plan le recomienda al miembro hacerle esas preguntas a su proveedor de atención médica. El miembro también puede comunicarse con nosotros. Security Health Plan puede informarle a un miembro si un proveedor de atención médica de la red del miembro recibe un incentivo financiero, incluidos los mencionados anteriormente. Sin embargo, las condiciones específicas del contrato, que incluyen tasas de pago, son confidenciales y no se pueden divulgar.

Incentivos para los miembros

A veces, Security Health Plan puede ofrecer cupones u otros incentivos para alentar a los miembros a participar en diversos programas de administración de la salud o el bienestar. El miembro decide si quiere participar o no, pero Security Health Plan recomienda que los miembros analicen participar en dichos programas con sus proveedores de atención médica. Estos incentivos no son beneficios ni alteran o afectan los beneficios de un miembro. Los miembros pueden comunicarse con el Servicio al cliente de Security Health Plan para hacer preguntas.

Descuentos y otros pagos

Security Health Plan puede recibir descuentos para determinados medicamentos que los miembros reciben de una farmacia o que se les administran en sus hogares, en el consultorio de un proveedor de atención médica o en un hospital o centro alternativo. Esto incluye descuentos para esos medicamentos que se administran a los miembros antes de que estos miembros alcancen cualquier deducible anual aplicable. Security Health Plan no traspasa estos descuentos a los miembros, tampoco se aplican a ningún deducible anual ni se tienen en cuenta al determinar los copagos o el coseguro del miembro.

Otra cobertura de Security Health Plan

Los miembros pueden tener cobertura de más de una póliza de Security Health Plan. Si este es el caso, los beneficios pagados conforme a todas las pólizas de Security Health Plan combinadas no superarán el 100% del monto permitido total para los gastos cubiertos.

Subrogación e indemnización por accidentes de trabajo

Compensación laboral

Si Security Health Plan paga accidentalmente los beneficios y determinamos que un miembro era elegible para recibir los beneficios de indemnización por accidentes de trabajo por el mismo incidente, Security Health Plan tiene el derecho a recuperación, tal como se describe en la disposición del "Derecho de subrogación y reembolso" en esta cobertura. Security Health Plan puede ejercer su derecho de recuperación contra un miembro o los dependientes cubiertos del miembro incluso cuando suceda lo siguiente:

- Los beneficios de indemnización por accidentes de trabajo se encuentren en disputa o se realicen mediante convenios o acuerdos.
- No se realice ninguna determinación final que establezca que se sufrió una lesión o enfermedad física durante el empleo del miembro o como producto de esto.
- El monto de la indemnización por accidentes de trabajo por la atención de salud o médica no esté acordado ni definido por el miembro o la compañía de seguros de indemnizaciones por accidentes de trabajo.
- Los beneficios de atención de salud o médica estén específicamente excluidos de los convenios o acuerdos de indemnización por accidentes de trabajo.

Por la presente, los miembros acuerdan que, en consideración de la cobertura proporcionada por esta póliza, notificarán de manera oportuna a Security Health Plan cualquier reclamación por indemnización por accidentes de trabajo que hagan, y aceptan reembolsarle a Security Health Plan como se describe a continuación.

Derecho de subrogación y reembolso

Inmediatamente después de pagar o proporcionar algún beneficio conforme a esta cobertura, Security Health Plan subrogará todos los derechos de recuperación que un miembro o los dependientes cubiertos del miembro tengan contra cualquier parte que pueda ser responsable de realizar algún pago a un miembro debido a las lesiones u otros daños que sufra el miembro hasta el alcance total de los beneficios que Security Health Plan proporciona conforme a esta cobertura. Como se utiliza en esta disposición, el término "parte responsable" significa cualquier parte potencialmente responsable de realizar algún pago a un miembro o en nombre de un miembro debido a las lesiones u otros daños que sufra el miembro o a cualquier cobertura de seguro responsable de realizar dicho pago, que incluye, entre otras:

- cobertura de seguro de automovilista con seguro insuficiente;
- cobertura de seguro de automovilista no asegurado;
- cobertura de seguro de automóviles para pagos o gastos médicos;
- cobertura de seguro de responsabilidad automotriz;
- cobertura de protección por lesiones contra todo riesgo/personal;
- cobertura de indemnización por accidentes de trabajo;
- cobertura de seguro de responsabilidad de propietarios;
- cobertura de seguro integral;
- fondos de compensación para pacientes;
- cobertura de seguro de primera persona;
- cualquier otro pago de cualquier fuente designada o destinada para compensar a un miembro por las lesiones o enfermedades sufridas por el miembro.

A Security Health Plan también se le otorga el derecho de reembolso de las ganancias de cualquier acuerdo, sentencia, laudo arbitral u otro pago obtenido por un miembro o los dependientes cubiertos del miembro de una parte responsable como se define anteriormente. Este derecho de reembolso es acumulativo y no exclusivo del derecho de subrogación otorgado anteriormente, pero solo en la medida en que Security Health Plan pague los beneficios. En virtud de los beneficios pagados, a Security Health Plan se le otorga un gravamen sobre las ganancias de cualquier acuerdo, sentencia u otro pago recibido de un miembro, y el miembro acepta dicho gravamen y acuerda tomar las medidas necesarias para ayudar a Security Health Plan a garantizar dicho gravamen.

Los miembros no cederán ningún derecho que puedan tener a recuperar los gastos médicos de cualquier parte potencialmente responsable u otra persona para cualquier hijo o hijos menores sin el consentimiento expreso a Security Health Plan. Nuestro derecho de recuperación mediante subrogación o reembolso se aplicará a los acuerdos o las recuperaciones de descendientes, personas menores e incompetentes o discapacitadas. Los miembros no deben celebrar ningún acuerdo que excluya específicamente o intente excluir los gastos médicos pagados por Security Health Plan.

Security Health Plan tiene derecho a recuperar todos los pagos que ha realizado o que esté obligado a realizar en el futuro al miembro, o en nombre de este, de cualquier persona responsable de la lesión. Si el miembro recupera los pagos de cualquier persona responsable de la lesión, Security Health Plan será reembolsado primero por dicha recuperación hasta el alcance de los pagos de Security Health Plan al miembro. El miembro acepta ayudar a Security Health Plan a preservar sus derechos contra los responsables de dicha pérdida, y a no hacer nada que perjudique el derecho de recuperación que tiene Security Health Plan.

Security Health Plan tiene derecho a un reembolso total, de manera preferencial, sin importar si alguna parte potencialmente responsable admite la responsabilidad de pago y sin importar si el acuerdo o la sentencia que recibe un miembro identifica los beneficios médicos que proporcionamos. Security Health Plan tiene derecho a recuperar el monto total de los beneficios pagados sin tener en cuenta ninguna reclamación de culpa de parte del miembro, ya sea conforme a negligencia comparativa o de otro tipo.

Security Health Plan tiene derecho a solicitar la recuperación de todos los acuerdos o las sentencias, inclusive aquellos designados como "dolor y sufrimiento" o "solo daños no económicos". Las ganancias de cualquier acuerdo, sentencia, indemnización o cualquier otro pago recuperado por un miembro se deben asignar primero al reembolso total de nuestros pagos. Esta recuperación se puede modificar adecuadamente si lo requiere una ley estatal aplicable (doctrina de "compensación integral" o "Rimes") que sostiene que una compañía de seguros no puede exigir el cumplimiento de un derecho de subrogación o reembolso hasta que se compense totalmente a la parte asegurada por cualquier lesión. Una vez que se ha reembolsado a Security Health Plan por los gastos médicos que pagamos, el resto del monto de la sentencia o del acuerdo puede pagarse al miembro o a los dependientes del miembro.

Cobro de costos y honorarios de abogados

El miembro no incurrirá en ningún gasto en nuestro nombre que incluye, entre otros, los costos judiciales o los honorarios de los abogados, sin nuestro consentimiento previo expreso por escrito. Nuestro derecho al reembolso total no se reducirá debido a ninguna doctrina denominada "Doctrina del fondo", "Doctrina del fondo común", "Doctrina del fondo de abogados" o cualquier otra ley que implique nuestro acuerdo o se requiera de otra manera que Security Health Plan pague, o acepte como reembolso en especie, cualquier monto o parte de los honorarios del abogado u otros servicios o gastos en los que incurra un miembro o los dependientes de un miembro por obtener una sentencia, un acuerdo u otro pago de un tercero.

Si Security Health Plan debe presentar una acción legal o de otro tipo para exigir el cumplimiento de un gravamen o recibir el reembolso de un miembro o los dependientes de un miembro, es posible que el miembro o los dependientes del miembro deban reembolsar a Security Health Plan por los costos que debimos pagar para cobrar el monto que debe el miembro, incluidos los honorarios de nuestros abogados.

Su cooperación requerida

Cuando reciba tratamiento por un accidente o una lesión, recibirá una carta de investigación en la que se le preguntarán los detalles del accidente. Esta investigación se debe completar exhaustivamente, firmar y fechar en el plazo de los 30 días para que Security Health Plan procese sus reclamaciones. Si la carta de investigación no se devuelve en el plazo de los 30 días, se rechazarán las reclamaciones. Una investigación completa que se reciba en el plazo de un año a partir de la fecha de la investigación original ocasionará que las reclamaciones previamente rechazadas se vuelvan a procesar.

Ni usted ni sus dependientes deberán hacer nada para perjudicar nuestros derechos de subrogación y reembolso. No deberá celebrar un arreglo ni acuerdo de compromiso con una parte responsable sin nuestro consentimiento previo por escrito. Cuando se requiera, deberá cooperar plenamente con nuestros esfuerzos de recuperación de los beneficios que Security Health Plan pagó. Deberá notificar a Security Health Plan de manera oportuna cuando se le envíe un aviso a alguna de las partes, incluso a un abogado, sobre la intención de dar seguimiento o investigar una reclamación a fin de recuperar daños debido a las lesiones sufridas por usted. Deberá incluir los beneficios que paga Security Health Plan como parte de los daños que intenta recuperar en cualquier reclamación o acción legal que presenta contra la parte potencialmente responsable que causó la lesión o enfermedad. También acepta comunicarse con Security Health Plan para resolver nuestro gravamen antes de cualquier acuerdo o después de cualquier veredicto, sentencia o indemnización.

Si un miembro o los dependientes de un miembro reciben una recuperación a la que se aplica nuestro gravamen, Security Health Plan conservará el derecho de compensar los pagos de beneficios de cualquier otra reclamación realizada por un miembro o los dependientes de un miembro hasta que el reembolso se pague en su totalidad. Además, Security Health Plan puede requerir que un miembro o los dependientes del miembro firmen un acuerdo que garantice nuestro derecho de subrogación y reembolso antes de que proporcione cualquier otro beneficio a su dependiente o en su nombre. Asimismo, no se puede deducir ningún costo judicial ni honorarios de abogados de nuestra recuperación sin nuestro consentimiento expreso por escrito; ninguna doctrina denominada "Doctrina del fondo", "Doctrina del fondo común" ni "Doctrina del fondo de abogados" anulará este derecho. Además, no se le requiere a Security Health Plan participar ni pagar los costos judiciales ni los honorarios de abogados al abogado contratado por un miembro para dar seguimiento a la reclamación por la lesión de daños/personal del miembro.

Por la presente, los miembros aceptan que, en consideración de la cobertura proporcionada por esta póliza, los miembros notificarán de manera oportuna a Security Health Plan cualquier reclamación que hagan; además los miembros acuerdan reembolsarle a Security Health Plan como se describió anteriormente.

No cooperar con nuestros procesos de subrogación o reembolso puede ocasionar la denegación de las reclamaciones.

Limitación de las demandas y los procedimientos legales

Ningún miembro podrá iniciar una acción legal contra Security Health Plan con respecto a los beneficios o las reclamaciones presentadas, ni ningún otro asunto sobre su cobertura hasta lo que suceda primero:

- 60 días después de que Security Health Plan haya recibido o anulado la prueba de reclamación.
- La fecha en que Security Health Plan niegue el pago de los beneficios de una reclamación. Se puede iniciar una acción antes en caso de que la espera perjudique a un miembro. Sin embargo, el mero hecho de que un miembro deba esperar hasta que suceda la primera de las opciones mencionadas anteriormente no se considera perjudicial. No se puede iniciar ninguna acción más de tres años después del tiempo en que Security Health Plan requiere la prueba de reclamación por escrito. Consulte la subsección "Prueba de reclamación".

Divisibilidad

Cualquier término, condición o disposición del contrato prohibido por la ley de Wisconsin se anulará y quedará sin validez. Sin embargo, esto no invalidará la aplicabilidad de cualquier otro término, condición o disposición del contrato.

Conformidad con las leyes del estado de Wisconsin

En la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, cualquier disposición que entre en conflicto con la ley de Wisconsin se adaptará automáticamente a los requisitos mínimos de dichas leyes. Si se modifica cualquier ley estatal o federal mencionada en esta cobertura, la cobertura se regirá según la ley enmendada.

Contrato indivisible

El contrato indivisible que le proporciona cobertura al miembro está conformado por la Póliza, incluida la solicitud del titular de la póliza, la Póliza, el Programa de beneficios, cualquier enmienda, la solicitud del miembro y cualquier solicitud complementaria.

Cláusula de renuncia y cambio

Solo el director ejecutivo (CEO) de Security Health Plan o su representante pueden ejecutar una cláusula de renuncia o cambiar la cobertura. Ningún agente, corredor ni otra persona pueden anular o cambiar ninguna disposición ni extender el plazo de pago de una prima. Según nuestro criterio, Security Health Plan puede cambiar de manera unilateral cualquier término, condición, exclusión, limitación u otra disposición de la cobertura si Security Health Plan envía un aviso por escrito al titular de la póliza al menos 30 días antes de ese cambio. Cuando el cambio reduce la cobertura proporcionada, Security Health Plan debe enviar un aviso por escrito del cambio al titular de la póliza al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia. Las enmiendas son obligatorias para los suscriptores, miembros y Security Health Plan. Ningún error, incluidos errores administrativos, invalidará la cobertura que de otra manera estaría en vigencia legítimamente, continuará ni volverá a emitir la cobertura que finalizó de manera válida ni ocasionará que la cobertura se emita cuando de otra manera Security Health Plan no la emitiría. Si se descubre algún error, Security Health Plan realizará, a su exclusivo criterio, un ajuste equitativo de la cobertura, el pago de beneficios o primas.

Interpretación de los beneficios

Security Health Plan puede, a su exclusivo criterio, hacer todo lo siguiente:

- Interpretar los beneficios según la cobertura.
- Interpretar otros términos, condiciones, limitaciones y exclusiones establecidos en la cobertura, incluida esta Póliza, el Programa de beneficios y cualquier cláusula adicional o enmienda.
- Realizar determinaciones precisas relacionadas con la cobertura y sus beneficios.

Security Health Plan puede delegar esta autoridad discrecional a otras personas o entidades que proporcionen servicios respecto de la administración de la cobertura.

En ciertas circunstancias, para los fines de eficiencia o ahorro de costos en general, Security Health Plan puede, a su exclusivo criterio, ofrecer beneficios para los servicios que de otra manera no estarían cubiertos. El hecho de que Security Health Plan haga esto en un caso en particular no se considerará, de ninguna manera, un requisito para hacer que Security Health Plan haga lo mismo en otros casos similares.

Servicios administrativos

Security Health Plan puede, a su exclusivo criterio, realizar los arreglos para que diversas personas o entidades proporcionen servicios administrativos con respecto a la cobertura, como el procesamiento de reclamaciones. La identidad de los proveedores de servicios y la naturaleza de los servicios que proporcionan pueden cambiar periódicamente a nuestro exclusivo criterio. No se requiere que Security Health Plan le proporcione un aviso previo a un miembro antes de un cambio, y tampoco se nos requiere obtener la aprobación del miembro. Un miembro debe cooperar con estas personas o entidades en el cumplimiento de sus responsabilidades.

Enmiendas a la cobertura

En la medida en que lo permita la ley, Security Health Plan se reserva el derecho, a su exclusivo criterio y sin la aprobación del miembro, de cambiar, interpretar, modificar, eliminar o agregar beneficios o finalizar la cobertura.

Por la presente, se enmienda cualquier disposición de la cobertura que, en su fecha de entrada en vigencia, entre en conflicto con los requisitos de los estatutos o las reglamentaciones estatales o federales (de la jurisdicción en la que se entrega la Póliza) conforme a los requisitos mínimos de dichos estatutos y dichas reglamentaciones. No se puede realizar ningún otro cambio a la cobertura a menos que se realice mediante una enmienda o una cláusula adicional que haya sido firmada por uno de nuestros funcionarios. Se aplican todas las siguientes condiciones:

- Las enmiendas a la cobertura entran en vigencia con el aviso por escrito al miembro, a menos que se indique lo contrario en la enmienda.
- Las enmiendas que ocasionen la reducción de los beneficios entrarán en vigencia a los 60 días del aviso previo por escrito.
- Las cláusulas adicionales entran en vigencia en la fecha que Security Health Plan especifica.
- Ningún agente tiene la autoridad para cambiar la cobertura ni anular ninguna de sus disposiciones.
- Nadie tiene la autoridad para realizar cambios o enmiendas a la cobertura de forma verbal.

Límites en ciertas defensas

Después de que hayan transcurrido dos años desde la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de un miembro, no se utilizará ninguna declaración errónea para anular la cobertura del miembro ni denegar los beneficios por cualquier reclamación. Esto no se aplica a declaraciones erróneas fraudulentas realizadas en la solicitud de un miembro.

Pagos directos y recuperación

Pago directo de los beneficios

A menos que se indique lo contrario en la cobertura, Security Health Plan puede pagarle los beneficios directamente al proveedor de atención médica o al miembro. Dichos pagos eximirán a Security Health Plan de toda responsabilidad futura hasta el alcance de los beneficios pagados.

Recuperación de excedente de pagos

Si Security Health Plan paga más beneficios de los que somos responsables conforme a la cobertura que incluyen, entre otros, beneficios pagados por error, podemos recuperarlos de cualquier persona, organización o proveedor de atención médica que haya recibido dicho exceso de pago de los beneficios. Security Health Plan también puede recuperar dichos pagos de cualquier otra compañía de seguros, plan de servicios o plan de beneficios que los haya recibido. Si Security Health Plan no puede recuperar los pagos de otra fuente, también podemos recuperarlos del miembro. Cuando solicitemos que el miembro le pague a Security Health Plan un monto del exceso de pagos de los beneficios, el miembro acepta pagarle a Security Health Plan dicho monto como se especifica en la solicitud.

Security Health Plan puede, a su exclusivo criterio, reducir cualquier pago futuro de beneficios del que somos responsables en nuestras reclamaciones por el monto del exceso de los pagos de beneficios para recuperar dichos pagos. Security Health Plan reducirá los beneficios pagaderos, de otra manera, por dichas reclamaciones hasta que recuperemos el exceso de los pagos de beneficios.

Procedimiento del procesamiento de reclamaciones

Por lo general, Security Health Plan procesa las reclamaciones en el orden en que se reciben. Las reclamaciones no siempre se procesan en orden según la fecha en que se prestaron los servicios.

Tipos de reclamaciones

Existen cuatro categorías de reclamaciones que se pueden realizar conforme a este plan. La diferencia principal entre estas categorías es el plazo de la determinación y la apelación. Es muy importante cumplir con los requisitos que se aplican a su tipo de reclamación.

Si tiene preguntas sobre estos procedimientos de procesamiento de reclamaciones o sobre qué tipo de reclamación tiene, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan.

Las cuatro categorías de reclamaciones son las siguientes:

- **Reclamación anterior al servicio:** una reclamación es una reclamación anterior al servicio si la Póliza requiere la aprobación del beneficio antes de recibir atención médica, a menos que la reclamación implique atención de urgencia, como se define a continuación. Los beneficios conforme al plan que requieren aprobación por adelantado se mencionan específicamente en esta Póliza como beneficios que requieren autorización previa. En el caso de los beneficios que no requieren autorización previa, no se necesita una aprobación por adelantado, y cualquier solicitud de aprobación por adelantado no será tratada como una reclamación.
- **Reclamación de atención de urgencia:** una reclamación de atención de urgencia es un tipo especial de reclamación anterior al servicio. Una reclamación que implica atención de urgencia es cualquier reclamación anterior al servicio por atención médica o tratamiento respecto de la solicitud de tiempo que se aplicaría de otra manera a las reclamaciones anteriores al servicio que podrían poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del reclamante de recuperarse al máximo o podría, según la opinión de un médico con conocimiento de la afección médica del reclamante, someter al reclamante a un dolor grave que no se pueda controlar de manera adecuada sin la atención o el tratamiento que son sujetos de la reclamación. Al recibir una reclamación anterior al servicio, Security Health Plan determinará si implica atención de urgencia. En cualquier caso, una reclamación se tratará como una reclamación de atención de urgencia si un médico con conocimiento de la afección médica del reclamante indica que la reclamación implica atención de urgencia.
- **Reclamación posterior al servicio:** Una reclamación posterior al servicio es cualquier reclamación por un beneficio conforme al plan que no sea una reclamación anterior al servicio, una reclamación de atención de urgencia ni una reclamación de atención simultánea.
- **Reclamación de atención simultánea:** una decisión de atención simultánea ocurre cuando el plan aprueba un curso de tratamiento continuo para ser proporcionado durante un tiempo o por una cantidad específica de tratamientos. Existen dos tipos de reclamaciones de atención simultánea: (a) cuando la reconsideración de la atención aprobada previamente genera la reducción o finalización del tiempo o la cantidad de tratamientos aprobados inicialmente; y (b) cuando se solicita una extensión más allá del tiempo o la cantidad de tratamientos aprobados en un principio.

El tipo de reclamación se determina inicialmente cuando se presenta la reclamación. Sin embargo, si la naturaleza de la reclamación cambia mientras se lleva a cabo el proceso de reclamaciones, la reclamación puede volver a definirse. Por ejemplo, una reclamación puede ser inicialmente una reclamación de atención de urgencia. Si la urgencia disminuye, puede volver a definirse como una reclamación anterior al servicio.

Prueba de reclamación

El miembro, o el proveedor de atención médica en nombre del miembro, debe presentar ante Security Health Plan una prueba de reclamación por escrito por cada servicio en el plazo de los 90 días a partir de la fecha en que el miembro recibió ese servicio. La prueba de reclamación del miembro por escrito incluye lo siguiente:

- La identidad del reclamante.
- Las fechas de servicio.
- El monto facturado.
- La afección médica específica o el síntoma diagnosticado.
- El tratamiento, servicio o medicamento con receta específicos para los que se solicita aprobación o pago.
- La factura detallada de cada servicio, si es presentada por el miembro.

- Los formularios de reclamación completos, si fueron presentados por el proveedor. Consulte el enlace al manual de proveedores de Security Health Plan a continuación para ver los formularios de muestra, así como las instrucciones sobre cómo completar el formulario. Security Health Plan no proporciona el formulario final a los proveedores. De acuerdo con el sitio web de los CMS, para adquirir formularios de reclamaciones, los proveedores deben comunicarse con la Oficina de Impresión del Gobierno de los EE. UU. al 1-866-512-1800, con compañías de impresión locales en su área o con tiendas de suministros para oficina.
 - CMS 1500
 - UB-04
- Cualquier otra información que Security Health Plan necesite para determinar nuestra responsabilidad de pagar beneficios conforme a la cobertura que incluye, entre otros, registros e informes médicos.

De acuerdo con la ley de Wisconsin, si las circunstancias más allá del control del miembro impiden que el miembro presente dicha prueba a Security Health Plan dentro de este período, Security Health Plan aceptará una prueba de reclamación si se proporciona lo antes posible y en el plazo de un año después del período de 90 días. Si Security Health Plan no recibe la prueba de reclamación por escrito requerida por Security Health Plan dentro de ese período de un año y 90 días, no se pagarán beneficios para ese servicio.

Presentación de una reclamación

En la mayoría de los casos, el proveedor de atención médica presenta reclamaciones directamente ante Security Health Plan. Sin embargo, un miembro también puede presentar una reclamación si el proveedor no acepta el seguro de Security Health Plan.

Los miembros pueden enviar esta información por fax, correo o correo electrónico:

Security Health Plan

Attn: Claims

PO Box 8000

Marshfield, WI 54449

Fax: 715-221-9767

Correo electrónico: rf.shpmain@securityhealth.org

Las reclamaciones deben estar acompañadas por una prueba de reclamación. Consulte el punto anterior "Prueba de reclamación" en esta sección para obtener detalles sobre qué información se requiere para presentar una reclamación.

La reclamación será tratada cuando Security Health Plan la reciba (a) en la fecha en que se entregue personalmente a Security Health Plan en la dirección indicada; o (b) en la fecha en que la reciba el plan de salud. Las reclamaciones deben presentarse antes de los plazos pertinentes para el tipo de reclamación, tal como se indica en estos procedimientos. A menos que se indique lo contrario, cuando se utilice en estos procedimientos de reclamaciones, el término "día" significa día calendario.

Designación de un representante autorizado

Un representante autorizado puede actuar en nombre del reclamante con respecto a una reclamación o apelación por beneficios conforme a estos procedimientos de reclamaciones. No se reconocerá a ninguna persona (incluido a un profesional de atención médica tratante) como representante autorizado hasta que Security Health Plan reciba una solicitud por escrito firmada por el reclamante, excepto para las reclamaciones de atención de urgencia que Security Health Plan, incluso si no hay una solicitud por escrito, reconocerá a un profesional de atención médica con conocimiento de la afección médica del reclamante (por ejemplo, el médico tratante) como el representante autorizado del reclamante, a menos que el reclamante indique lo contrario por escrito.

Las solicitudes por escrito deben presentarse a Security Health Plan en la dirección indicada en "Presentación de una reclamación". Una vez que se designe un representante autorizado, Security Health Plan dirigirá toda la información, notificaciones, etc. sobre la reclamación al representante autorizado. Se copiará al reclamante en todas las notificaciones sobre decisiones, a menos que el reclamante indique lo contrario por escrito. Cuando sea adecuado, las referencias en estos procedimientos de reclamaciones hacia el reclamante incluirán al representante autorizado del reclamante.

Una asignación con fines de pago (por ejemplo, a un profesional de atención médica) no constituye el nombramiento de un representante autorizado conforme a estos procedimientos de reclamaciones.

Reglas de presentación especiales para ciertos tipos de reclamaciones

Reclamaciones posteriores al servicio: una reclamación posterior al servicio debe presentarse en el plazo de los 90 días después recibir el servicio médico, tratamiento, medicamento con receta o producto con el que se relaciona la reclamación, salvo que (a) no haya sido razonablemente posible presentar la reclamación en dicho plazo y (b) la reclamación se presente lo antes posible y en ningún caso (excepto en el caso de incapacidad legal del reclamante) después de un año posterior a la finalización del período de 90 días para la presentación de una reclamación. Todas las reclamaciones de medicamentos con receta que no se presenten de manera electrónica se reembolsarán por el cargo acordado de manera electrónica, no necesariamente el monto en dólares que se pagó en la farmacia.

Reclamaciones presentadas de manera incorrecta: estos procedimientos de reclamaciones no se aplican a ninguna solicitud de beneficios que no se realice de acuerdo con estos procedimientos de reclamaciones, excepto (a) en caso de una reclamación anterior al servicio presentada de manera incorrecta, el reclamante deberá ser notificado lo antes posible, pero no después de los 5 días posteriores a la recepción de la reclamación presentada de manera incorrecta por parte de Security Health Plan; y (b) en caso de una reclamación de atención de urgencia presentada de manera incorrecta, el reclamante será notificado lo antes posible, pero no después de las 24 horas posteriores a la recepción de la reclamación presentada de manera incorrecta por parte de Security Health Plan. El aviso explicará que la solicitud no es una reclamación y describirá los procedimientos adecuados para presentar una reclamación. El aviso puede ser realizado de manera verbal a menos que el reclamante solicite específicamente un aviso por escrito.

Reclamaciones incompletas: si falta información necesaria para procesar una reclamación, la reclamación será tratada como una reclamación incompleta.

Reclamaciones de atención de urgencia incompletas: si una reclamación de atención de urgencia está incompleta, Security Health Plan notificará al reclamante lo antes posible, pero no después de las 24 horas posteriores a la recepción de la reclamación incompleta. La notificación puede ser realizada de manera verbal al reclamante, a menos que el reclamante solicite un aviso por escrito. La notificación describirá la información necesaria para completar la reclamación y especificará el tiempo razonable, no menos de 48 horas, en el que se debe completar la reclamación. Security Health Plan tomará una decisión sobre la reclamación lo antes posible, pero no después de las 48 posteriores a (a) la recepción de la información especificada; o (b) la finalización del período proporcionado para presentar la información especificada, lo que ocurra primero.

Otras reclamaciones incompletas: si una reclamación anterior o posterior al servicio está incompleta, Security Health Plan puede rechazar la reclamación o puede tomar una extensión de tiempo según se describe a continuación. Si Security Health Plan toma una extensión de tiempo, el aviso de extensión incluirá una descripción de la información que falta y especificará un período de no más de 45 días, dentro del cual se debe proporcionar la información necesaria. El plazo para tomar una decisión sobre la reclamación se demorará desde la fecha en que el

reclamante reciba el aviso de extensión hasta la fecha en que se proporcione la información necesaria que falta a Security Health Plan. Si se proporciona la información solicitada, Security Health Plan tomará una decisión sobre la reclamación dentro del período especificado en el aviso de extensión. Si la información solicitada no se proporciona dentro del tiempo especificado, es posible que se tome una decisión sobre la reclamación sin esa información.

Notificación de la decisión del beneficio inicial del plan

Reclamación anterior al servicio y de atención de urgencia: se le proporcionará al reclamante una notificación por escrito de la decisión de Security Health Plan sobre una reclamación anterior al servicio o reclamación de atención de urgencia, independientemente de que la decisión sea adversa o no.

Notificación de la decisión adversa sobre los beneficios: se le proporcionará al reclamante la decisión adversa por escrito de Security Health Plan sobre la reclamación para cualquier tipo de reclamación. La información establecida en el aviso se proporcionará de manera que el reclamante la comprenda (incluso, si es necesario, de una manera adecuada a nivel cultural y lingüístico según los requisitos aplicables) e incluirá lo siguiente:

- Información suficiente para identificar la reclamación.
- Una declaración con las razones específicas de la determinación adversa de beneficios.
- Referencias a las disposiciones específicas de la Póliza sobre las que se basó la decisión.
- Una descripción de todo material o información adicionales necesarios para mejorar su reclamación y de por qué dicha información es necesaria.
- Una descripción de los procedimientos de la Póliza y los límites de tiempo para apelar la decisión, los derechos de revisión externa, el derecho a obtener información sobre los procedimientos de reclamaciones y el derecho a presentar una demanda en un tribunal federal luego de haber agotado los procedimientos de reclamaciones de la Póliza.
- Una declaración que comunique cualquier norma, pauta, protocolo o criterio similar internos en los que la decisión adversa se haya basado o una declaración que indique que dicha información se proporcionará sin cargo si se la solicita.
- Si la decisión involucra criterios científicos o clínicos, (a) una explicación del criterio científico o clínico que se aplica a las condiciones de la póliza para las circunstancias médicas del reclamante, o (b) una declaración que indique que dicha explicación se proporcionará sin cargo y cuando se lo solicite.
- Si la decisión se basa en el estándar de la póliza (como el estándar de necesidad médica), una descripción del estándar.
- En el caso de una reclamación de atención de urgencia, una explicación de los métodos de revisión acelerada disponibles para dichas reclamaciones.
- La información de contacto de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo y de cualquier programa de asistencia al consumidor del estado que corresponda.

La notificación de una decisión adversa por parte de Security Health Plan sobre una reclamación de atención de urgencia puede proporcionarse verbalmente, pero debe brindarse una notificación por escrito antes de los tres días posteriores al aviso verbal.

Procedimientos de reclamo

Proceso general

Ocasionalmente, pueden generarse ciertas situaciones en las que un miembro cuestione o no esté conforme con algún aspecto del servicio recibido en virtud de este plan. Debido a que la mayoría de las preguntas sobre los beneficios y el funcionamiento del plan pueden resolverse de manera informal, Security Health Plan insta a los miembros a intentar resolver primero cualquier problema comunicándose directamente con el proveedor de atención médica que corresponda o llamando al Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan al 1-844-293-9624, TTY 711.

Un miembro (o cualquier otra persona en nombre del miembro) tiene derecho a presentar un reclamo formal ante Security Health Plan. Security Health Plan continuará la cobertura del miembro mientras esté pendiente el resultado del reclamo que use este proceso.

Un miembro también tiene derecho a apelar una determinación adversa de beneficios. Cada vez que Security Health Plan tome una determinación adversa de beneficios, le informaremos al miembro sobre su derecho a presentar un reclamo. Estos procedimientos son el único medio por el que se puede apelar una determinación adversa de beneficios.

Security Health Plan debe cumplir estrictamente con todos los procedimientos en esta sección. El miembro puede, a cargo del miembro, tener representación legal en cualquier etapa de estos procedimientos de reclamo.

Cómo interponer un reclamo

Para presentar un reclamo, el miembro (o cualquier otra persona en nombre del miembro) deberá escribir sus inquietudes y enviarlas por correo o enviar a Security Health Plan su reclamo (en cualquier formato) junto con copias de los documentos de respaldo, incluidos documentos, comentarios por escrito u otra información o documentos para respaldar su reclamo. Por correo: Security Health Plan of Wisconsin, Inc., 1515 North Saint Joseph Avenue, P.O. Box 8000, Marshfield, WI 54449-8000. **Excepto** en el caso de reclamos acelerados, incluidas las reclamaciones de atención de urgencia, que se analizan debajo, Security Health Plan aceptará el reclamo por escrito en el plazo de los cinco días hábiles de su recepción, y el miembro recibirá una confirmación por escrito de la fecha de la reunión con el Comité de Apelaciones y Reclamos 7 días antes de la reunión, como mínimo.

Cómo se tomará una decisión sobre los reclamos

En la reunión, el miembro o su representante autorizado tienen el derecho de asistir y presentar información relativa al reclamo. Si el miembro elige no estar presente, también puede participar de la audiencia mediante una llamada en conferencia. El Comité revisará el reclamo y todos los documentos relevantes relacionados con el reclamo, ya sea que se presenten o estén disponibles o no al momento de la decisión inicial. El Comité no incluirá a la persona que tomó la determinación inicial ni a ninguno de sus subordinados. Luego, el Comité de Apelaciones y Reclamos tomará una decisión sobre la resolución del reclamo.

En el caso de una reclamación que se decidió en función de criterios médicos, el Comité podrá consultar con un profesional de la salud que cuente con capacitación y experiencia adecuadas. El profesional de atención médica que consulte el Comité no será la misma persona consultada cuando se tomó la decisión inicial ni un subordinado de esta persona.

Se le concederá, cuando lo solicite y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros, y otra información relativa a su reclamo, y copias de estos. Si se obtuvo asesoramiento de un experto médico o vocacional en relación con la decisión inicial, se le proporcionarán los nombres de cada uno de dichos expertos si lo solicita, independientemente de si Security Health Plan se basó en él o no. Antes de emitir una decisión final sobre el reclamo que está basado en fundamentos que no se incluyeron en la determinación inicial, Security Health Plan le proporcionará, sin cargo, los fundamentos tan pronto como sea posible y lo suficientemente antes de la decisión final para darle al miembro una oportunidad razonable de responder.

Reclamo acelerado

Un reclamo en el que se aplica cualquiera de las siguientes situaciones:

- La duración del proceso de resolución estándar resultará en un grave peligro para la vida, la salud o la capacidad recuperación del miembro.
- Según la opinión de un médico con conocimiento de la afección del miembro, el miembro está sometido a un dolor grave que no puede controlarse de manera adecuada sin la atención o el tratamiento que son sujetos del reclamo.

- Un médico con conocimiento de la afección del miembro determina que el reclamo debe tratarse como un reclamo acelerado.

Además, cualquier apelación de una reclamación de atención de urgencia deberá tratarse como un reclamo acelerado. En situaciones en las que la duración normal del proceso de reclamo podría tener efectos adversos en el miembro, no será necesario presentar el reclamo acelerado por escrito. En cambio, el miembro o el médico del miembro deberán comunicarse con Security Health Plan tan pronto como sea posible.

Los documentos de respaldo podrán enviarse al Departamento de Calidad de Security Health Plan por fax al 715-221- 9424. Security Health Plan resolverá el reclamo acelerado en el plazo de las 72 horas de su recepción, a menos que se necesite más información. Si se necesita más información, Security Health Plan le notificará al miembro nuestra decisión antes del final del siguiente día hábil después de la recepción de la información requerida. El proceso de reclamo para las situaciones de urgencia no se aplica para los tratamientos, las terapias, las cirugías y otros procedimientos preprogramados que Security Health Plan no considera como situaciones urgentes.

Plazos para las decisiones

En general: salvo para las apelaciones de determinaciones adversas de beneficios descritas en esta sección, "Plazos para las decisiones", Security Health Plan resolverá todos los reclamos en el plazo de los 30 días calendario de la recepción. Si Security Health Plan no puede resolver el reclamo dentro de ese tiempo, enviaremos una notificación por escrito antes de que finalice el período de 30 días para informar que se necesita más tiempo, la razón por la que se necesita más tiempo y la fecha en la que se espera que se resolverá el reclamo.

Reclamos acelerados y reclamaciones de atención de urgencia: Security Health Plan tomará una decisión sobre la apelación de un reclamo acelerado o de una reclamación de atención de urgencia tan pronto como sea posible, pero antes de las 72 horas de la recepción del reclamo acelerado, y tendrá en cuenta las necesidades médicas.

Reclamaciones anteriores al servicio: Security Health Plan tomará una decisión sobre la apelación de una reclamación anterior al servicio dentro de un plazo razonable adecuado para las circunstancias médicas, pero antes de los 30 días de la recepción por parte del Plan.

Reclamaciones posteriores al servicio: Security Health Plan tomará una decisión sobre la apelación de una reclamación posterior al servicio dentro de un plazo razonable, pero antes de los 30 días de su recepción.

Reclamaciones de atención simultánea: Security Health Plan tomará una decisión sobre la apelación de una decisión de reducir o finalizar un curso de tratamiento inicialmente aprobado (consulte la definición de decisión de atención simultánea) antes de que se lleve a cabo la reducción o finalización propuesta. Security Health Plan tomará una decisión sobre la apelación de una solicitud denegada de extender una decisión de atención simultánea en el plazo de las apelaciones de reclamaciones anteriores al servicio, de atención de urgencia o posteriores al servicio que se describen anteriormente, según corresponda a la solicitud.

Notificación de la decisión

Después de que se revise el reclamo del miembro, el miembro recibirá una notificación por escrito de la decisión del comité, independientemente de que la decisión sea adversa o no. El aviso por escrito siempre incluirá los cargos de las personas del Comité de Apelaciones y Reclamos.

Si se rechaza el reclamo de un miembro, en su totalidad o en parte, Security Health Plan le enviará al miembro un aviso por escrito redactado de manera en que usted pueda comprenderlo (incluso, si es necesario, de una manera adecuada a su nivel cultural y lingüístico según los requisitos aplicables) que incluya lo siguiente:

- Las razones específicas de la decisión.
- Información suficiente para identificar la reclamación o el problema involucrado, tales como la fecha del servicio, el proveedor de atención médica, el monto de la reclamación, el código de diagnóstico y su significado, y el código de tratamiento y su significado.
- El código de denegación y su significado, que es una descripción del estándar que se utilizó para rechazar la reclamación.
- Una declaración que comunique cualquier norma, pauta, protocolo o criterio similar internos en los que la decisión adversa se haya basado (o una declaración que indique que dicha información se proporcionará sin cargo si se la solicita).
- Una referencia a las disposiciones específicas en la póliza en las que se basa la decisión.
- Una descripción de los procesos de revisión externa disponibles.
- Una declaración que indique el derecho a recibir, cuando lo solicite y sin costo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información relativa a la determinación, o copias de estos.
- Cualquier información que el miembro necesite para mejorar su reclamación o problema.
- Si la decisión involucra criterios científicos o clínicos, (a) una explicación del criterio científico o clínico que se aplica a las condiciones de la póliza para las circunstancias médicas del reclamante, o (b) una declaración que indique que dicha explicación se proporcionará sin cargo y cuando se lo solicite.
- Una declaración del derecho a presentar una demanda en un tribunal federal.
- La notificación de una determinación adversa sobre la apelación de una reclamación de atención de urgencia puede proporcionarse verbalmente, pero debe brindarse una notificación por escrito antes de los tres días posteriores al aviso verbal.

Oficina del Comisionado de Seguros

Puede resolver su problema si sigue los pasos detallados en el procedimiento de reclamos para HMO. También puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros, una agencia estatal que hace cumplir las leyes de seguros de Wisconsin, y presentar una queja. Puede presentar una queja de manera electrónica ante la Oficina del Comisionado de Seguros a través de su sitio web en <http://oci.wi.gov/>, o por escrito a la siguiente dirección:

Office of the Commissioner of Insurance
Complaints Department
P. O. Box 7873
Madison, WI 53707-7873

O también puede llamar al 1-800-236-8517 fuera de Madison o al 266-0103 en Madison para solicitar un formulario de quejas.

Oficina de Derechos Civiles

Para presentar reclamos por cuestiones de discriminación debido a raza, color, nacionalidad, sexo o edad, también puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede presentar una queja por discriminación de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Dichas quejas deben presentarse en el plazo de los 180 días de la fecha de la supuesta discriminación.

Programa de revisión externa

Si Security Health Plan deniega la apelación interna del miembro por una determinación adversa de beneficios, entonces el Plan le emitirá al miembro una determinación adversa de beneficios final. Esto significa que Security Health Plan considera que nuestra denegación original de la reclamación del miembro o el servicio era correcta.

Si el miembro recibe una determinación adversa de beneficios final, entonces el miembro puede solicitar una revisión externa independiente de la decisión de Security Health Plan a través del programa de revisión externa federal administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

El miembro debe presentar una solicitud para una revisión externa en el plazo de los cuatro meses de la fecha en la que el miembro recibe la determinación adversa de beneficios final. Si no hay una fecha correspondiente cuatro meses después de la fecha de recepción de la determinación adversa de beneficios final, entonces la solicitud debe presentarse el primer día del quinto mes siguiente a la recepción de la determinación adversa de beneficios final. Si la última fecha de presentación fuera sábado, domingo o feriado nacional, la última fecha de presentación se extenderá hasta el próximo día que no sea sábado, domingo o feriado nacional.

La solicitud de revisión externa se realiza por escrito. El miembro puede obtener la información de contacto de la Organización de Revisión Independiente (IRO) certificada llamando al Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan.

La solicitud debe incluir el nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico (si tuviera) del miembro, si la solicitud es urgente, la razón por la que no está de acuerdo con la decisión de Security Health Plan, y también debe incluir todos los documentos que respalden la postura del miembro, una declaración que autorice al representante del miembro a solicitar la revisión externa en su nombre (si desea utilizar uno) y la firma del miembro si la persona que presenta la apelación no es el miembro.

La IRO se comunicará con Security Health Plan una vez que reciba la solicitud de una revisión externa. En el plazo de los cinco (5) días hábiles después de la fecha en la que reciba una solicitud de revisión externa, Security Health Plan le enviará a la IRO todos los documentos y la información utilizados para tomar a la determinación adversa de beneficios final.

Luego de la recepción de la solicitud del miembro, la IRO le notificará por escrito sobre la elegibilidad y aceptación de su solicitud de una revisión externa. En general, una determinación adversa de beneficios es elegible para una revisión externa si implica lo siguiente:

- Necesidad médica.
- Adecuación.
- Entorno de atención médica.
- Nivel de atención.
- Efectividad de un beneficio cubierto.
- Si un tratamiento es experimental o de investigación.
- Cualquier otra cuestión que implique un criterio médico.
- Recisiones de cobertura.

Si la IRO determina que la solicitud no es elegible para una revisión externa, tanto el miembro como Security Health Plan serán notificados, y la revisión externa finalizará.

Revisión de la Organización de Revisión Independiente

Si la solicitud es elegible para una revisión, la IRO revisará toda la información y los documentos que reciba. Revisará la decisión de Security Health Plan de manera independiente de cualquier decisión o conclusión que Security Health Plan haya tomado como parte de su proceso interno de apelaciones.

Después de que el miembro presente su solicitud, puede presentar información adicional por escrito a la IRO en cualquier momento antes de que se tome la decisión final. La IRO le enviará la información adicional presentada a Security Health Plan.

Si, de acuerdo con la información adicional presentada, Security Health Plan reconsidera el caso y decide que la reclamación o el servicio deben cubrirse, entonces Security Health Plan les enviará al miembro y a la IRO un aviso por escrito sobre esa decisión, y la revisión externa finalizará.

La IRO les proporcionará un aviso por escrito con su decisión final al miembro y a Security Health Plan en el plazo de los 45 días después de que se reciba la solicitud de revisión externa. Si la IRO proporciona un aviso por escrito a Security Health Plan en el que cambie su determinación de beneficios interna adversa final, Security Health Plan le notificará al miembro de inmediato por escrito el plazo y el procedimiento para el pago de la reclamación o la aprobación del servicio solicitado.

Revisión acelerada

Una determinación adversa de beneficios es elegible para una revisión externa acelerada si involucra una afección médica en la que el plazo para la finalización de una apelación interna acelerada conforme a las reglamentaciones intermedias finales pondría en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperarse al máximo del miembro, y si ha presentado una solicitud para una apelación interna acelerada.

Una determinación adversa de beneficios final es elegible para una revisión externa acelerada si involucra una afección médica en la que el plazo para la finalización de una revisión externa estándar pondría en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperarse al máximo del miembro, o si la determinación adversa de beneficios interna final trata sobre un ingreso, la disponibilidad de la atención, una estadía continuada, o un artículo o servicio de atención médica para los que el miembro recibió servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un centro.

Si la IRO recibe una solicitud para una revisión externa acelerada, le notificará de inmediato a Security Health Plan sobre esta solicitud y determinará si la solicitud es elegible para una revisión externa acelerada. Si la solicitud no es elegible para una revisión externa acelerada, entonces la IRO les notificará al miembro y a Security Health Plan tan pronto como sea posible. Si la solicitud es elegible para una revisión externa acelerada, Security Health Plan le enviará de inmediato a la IRO todos los documentos y la información contenida en el archivo de la apelación del miembro y toda la otra información que se usó para tomar la determinación adversa de beneficios o la determinación adversa de beneficios final.

La IRO proporcionará un aviso de su decisión final tan pronto como la afección médica del miembro o las circunstancias lo requieran, pero en ningún caso más de 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud para una revisión externa acelerada. Si el aviso no está por escrito, en el plazo de las 48 horas después de la fecha en la que se proporcionó el aviso, la IRO les proporcionará una confirmación por escrito sobre la decisión al miembro y a Security Health Plan.

SECCIÓN IX: AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN/SERVICIOS PARA PERSONAS CON DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS

La discriminación es ilegal

Security Health Plan of Wisconsin, Inc. cumple con todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de forma diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, religión, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, estado de salud, estado civil, historial de arrestos o condenas, o participación militar en la administración del plan, incluidas la inscripción y la determinación de beneficios.

Security Health Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados.
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan. Si considera que Security Health Plan no le ha proporcionado estos servicios, lo ha discriminado, excluido o tratado diferente de alguna otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, religión, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, estado de salud, estado civil, antecedentes de arresto o condena, o participación militar, puede presentar un reclamo a esta dirección:

Security Health Plan

Attn: Grievances
1515 North Saint Joseph Avenue
Marshfield, WI 54449-8000

Teléfono: 715-221-9596 (TTY 711)

Fax: 715-221-9424

Correo electrónico: shp.appeals.grievance@securityhealth.org

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Security Health Plan puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 1-800-368-1019 u 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios lingüísticos para personas con dominio limitado del inglés

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-293-9624 (TTY 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-293-9624 (TTY 711).

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-844-293-9624 (TTY 711).

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-844-293-9624 (TTY 711)。

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-293-9624 (TTY 711).

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. اتصل بالرقم 1-844-293-9624 (للصم والبكم 711).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-293-9624 (телетайп 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-293-9624 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-293-9624 (TTY 711).

Deitsch (Pennsylvania Dutch)

Wann du Deitsch schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: 1-844-293-9624 (TTY 711).

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນ ນມີ ຜ່ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-844-293-9624 (TTY 711).

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-293-9624 (ATS 711).

Polski (Polish)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-844-293-9624 (TTY 711).

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके दलए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-293-9624 (TTY 711) पर कॉल करें।

Shqip (Albanian)

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-844-293-9624 (TTY 711).

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-293-9624 (TTY 711).

Oroomiffa (Oromo/Somalia)

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-844-293-9624 (TTY 711).

**Letra grande: si necesita los materiales en letra grande,
comuníquese al 1-844-293-9624 (TTY 711).**

SECCIÓN X: CÓMO PROTEGE SU PRIVACIDAD SECURITY HEALTH PLAN

Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso entró en vigencia el 16 de junio de 2022.

QUIÉNES SOMOS

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de Security Health Plan of Wisconsin, Inc. (“nosotros”, “nuestro/a” o “nos”). Security Health Plan of Wisconsin, Inc., Marshfield Clinic Health System, Inc., MCHS Hospitals, Inc., Family Health Center of Marshfield, Inc., Lakeview Medical Center, Inc., of Rice Lake, Memorial Hospital, Inc., of Neillsville, Wisconsin, Beaver Dam Community Hospitals, Inc., y Dickinson County Healthcare System son entidades legalmente independientes. Juntas, estas entidades legalmente independientes han celebrado un Acuerdo Organizado de Atención Médica (OHCA) que les permite administrar la atención de una manera eficiente y agradable para el paciente. Le proporcionamos beneficios médicos conforme a las condiciones de la póliza de seguro médico o conforme a otros programas de beneficios de salud tales como BadgerCare Plus/Medicaid o un plan Medicare Advantage. La ley federal requiere que le enviemos este Aviso.

Security Administrative Services, LLC, es una subsidiaria de propiedad exclusiva de Security Health Plan y, por la presente, se incluye en este Aviso sobre prácticas de privacidad.

NUESTRAS OBLIGACIONES DE PRIVACIDAD

Su privacidad es importante para nosotros y tomamos muy en serio la confidencialidad de los registros médicos y otra información personal. Los empleados de Security Health Plan protegen el acceso a la información personal de salud en cualquier formato (oral, escrita y electrónica) y mantienen la confidencialidad de dicha información. Además, la ley federal y estatal requiere que protejamos la privacidad de la información de salud y que le proporcionemos este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Cuando usamos o divulgamos su información de salud, debemos cumplir con las prácticas que se describen en este Aviso (u otro aviso en vigencia al momento del uso o la divulgación).

Debemos cumplir con la ley federal o estatal, la que proteja más sus derechos de privacidad o le proporcione mayores derechos de acceso a su información de salud o enmienda de esta. Por ejemplo, si la ley federal permite la divulgación de su información de salud sin su autorización por escrito, pero la ley estatal requiere su autorización por escrito, debemos cumplir con la ley estatal.

Podemos modificar las prácticas de privacidad descritas en este Aviso en cualquier momento. Los cambios aplicarían a toda la información de salud que mantengamos al momento del cambio. Si hacemos un cambio importante en este Aviso, le enviaremos el nuevo Aviso (o la información sobre el cambio importante y cómo obtener el Aviso revisado) en nuestro próximo correo anual si recibe cobertura de nosotros en ese momento. Además, publicaremos cualquier aviso nuevo en nuestro sitio web en www.securityhealth.org/privacy. También puede obtener cualquier aviso nuevo comunicándose con nosotros como se describe al final de este Aviso.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN

En ciertas situaciones, que se describen en la siguiente sección denominada Límites en nuestro uso o divulgación de su información, debemos obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud.

Sin embargo, no necesitamos dicha autorización para usar y divulgar su información de salud con los siguientes fines:

Pago. Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago de las primas de su cobertura, y para determinar y cumplir con nuestra responsabilidad de brindarle los beneficios de su plan de salud, por ejemplo, para tomar determinaciones de cobertura tales como determinar si un servicio es experimental, para administrar reclamaciones y para coordinar los beneficios con otra cobertura que pueda tener. También podemos divulgar su información de salud a otro plan de salud o a otro proveedor de atención médica para sus actividades de pago, por ejemplo, para que el otro plan de salud determine su elegibilidad.

Tratamiento. Podemos divulgar su información de salud a su proveedor de atención médica para que el proveedor le brinde tratamiento. El tratamiento es la provisión, coordinación o administración de su atención médica y servicios relacionados, por ejemplo, la evaluación de las opciones de tratamiento.

Actividades de atención médica. Podemos usar o divulgar su información de salud para nuestras actividades de atención médica, por ejemplo, para proporcionar el servicio al cliente, para realizar una evaluación de la calidad y mejorar las actividades o para acreditar actividades. También podemos divulgar su información de salud a otro plan de salud o a un proveedor de atención médica que tenga o haya tenido relación con usted para que pueda realizar ciertas actividades de operaciones de atención médica, por ejemplo, para que el otro plan de salud lleve a cabo administración de casos. Podemos utilizar su información de salud para entrenar a nuestro personal y a estudiantes.

Patrocinadores del plan. Podemos divulgarles a los patrocinadores de un plan de salud grupal cierta información de salud en la medida en que sea necesariamente razonable para la administración específica del plan.

Comunicaciones de comercialización. Podemos usar y divulgar su información de salud con fines de comercialización solo con su autorización, salvo que no se requiera autorización para proporcionarle materiales de comercialización en un encuentro en persona o para ofrecer un regalo promocional de valor nominal.

Venta de información de salud. Podemos vender su información de salud solo con su autorización.

Beneficios relacionados con la salud. Podemos comunicarnos con usted para darle información sobre ciertos beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan interesarle, y que estén incluidos en los beneficios de su plan. También podemos comunicarnos con usted para recomendarle tratamientos alternativos, proveedores de atención médica o entornos de atención.

Actividades relacionadas con la salud pública. Si lo requiere o permite la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades públicas para lo siguiente: (1) prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; (2) denunciar abuso o negligencia contra un niño; (3) denunciar abuso de personas de edad avanzada o adultos en riesgo; (4) denunciar ante la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU. problemas con productos y reacciones a los medicamentos; y (5) denunciar la exposición a una enfermedad o infección.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar su información de salud a una autoridad reguladora de seguros y a otras agencias gubernamentales legalmente responsables de supervisar el sistema de atención médica o de garantizar el cumplimiento de las normas de los programas de beneficios del gobierno. Esta divulgación puede incluir información de salud relacionada con la elegibilidad de un beneficiario u otros programas regulatorios, tales como las leyes de derechos civiles.

Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos divulgar su información de salud en un procedimiento judicial o administrativo como respuesta a una orden judicial o a otros procesos legales.

Funcionarios de cumplimiento de la ley. Podemos divulgar su información de salud a la policía o a otros funcionarios de cumplimiento de la ley, según lo requiera o permita la ley, para cumplir con una orden administrativa o judicial adecuada, o para protegernos contra fraude u otras actividades ilegales.

Para impedir una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos divulgar su información de salud para prevenir o disminuir una amenaza inminente y grave a la salud o seguridad de una persona, o el público en general.

Funciones gubernamentales especializadas. Podemos divulgar su información de salud a unidades del gobierno con funciones especiales, tales como el Ejército de los EE. UU. o el Departamento de Estado de los EE. UU.

Compensación laboral. Podemos divulgar su información de salud según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación laboral o leyes similares.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información de salud a un médico forense, examinador médico o director de funeraria según lo permita la ley para que realicen sus tareas.

Presos. Si usted se encuentra preso en un instituto correccional o en custodia de un funcionario de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información para ciertos propósitos. Por ejemplo, podemos divulgar información necesaria para proporcionarle atención médica.

Investigación. Hay situaciones en las que los investigadores y el personal de investigación pueden usar o divulgar su información de salud con fines de investigación sin su autorización. Los investigadores pueden realizar una investigación que simplemente implique revisar su información de salud y la información de otras personas con afecciones o enfermedades similares. En dichas situaciones, los investigadores no se comunicarán con usted para obtener su autorización, pero deben obtener la autorización del Consejo de Revisión Institucional que está establecido para proteger el bienestar y la privacidad de los participantes de investigaciones según lo requiere la ley. Los investigadores también pueden revisar su información de salud para ver si hay suficientes personas con una enfermedad o afección específicas para realizar un estudio o para ver si usted sería un buen candidato para un estudio.

Socios comerciales. Podemos divulgar su información de salud a personas u organizaciones que nos presten un servicio a nosotros, o lo hagan en nuestro nombre, y que requiera el uso o la divulgación de información de salud. Dichas personas u organizaciones son nuestros socios comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a la compañía administradora de los beneficios de farmacia que procesa nuestras reclamaciones de medicamentos con receta.

Para cumplir con la ley. Podemos divulgar su información de salud cuando lo requiera cualquier otra ley a la que no se haga referencia en este Aviso.

Personas que participan de su atención médica o el pago de su atención médica. En ciertas situaciones limitadas, podemos divulgar información de salud a personas como los miembros de su familia, familiares o amigos cercanos que usted identifique como involucrados en su atención o el pago de su atención. La información divulgada estará limitada a la información que consideremos que sea directamente relevante a su participación y solo en la medida en que determinemos que será para su conveniencia. En la mayoría de los casos, se le debe conceder la oportunidad de objetar dicha divulgación. Podemos divulgar información de salud pertinente a los miembros de su familia o a otras personas que hayan estado involucradas en la atención de la atención de una persona que falleció o el pago de la atención previa al fallecimiento del miembro, salvo que esto se oponga a las preferencias que el fallecido nos haya expresado anteriormente. La información de salud limitada también puede divulgarse a organizaciones involucradas en la ayuda en caso de desastre.

LÍMITES EN NUESTRO USO O DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN

Divulgaciones con autorización. Podemos usar o divulgar su información de salud con fines que no sean los que se describieron antes solamente cuando nos dé su autorización en el formulario de autorización de Security Health Plan. Esto significa que es posible que no podamos compartir cierta información con su cónyuge, padres, o hijos sin una autorización firmada por usted. Para autorizarnos a divulgar su información de salud a un miembro de su familia, a un agente u otra persona, comuníquese con el Servicio al Cliente de Security Health Plan al 1-844-293-9624, TTY 711, o envíe un correo electrónico a Servicio al Cliente a shpcsweb@securityhealth.org para solicitar un formulario de Autorización de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) para usar y divulgar información de salud protegida. Puede revocar una autorización a menos que nos hayamos basado en esta o que la ley estatal nos otorgue el derecho de disputar una reclamación o la póliza en sí, y que la autorización se haya obtenido como una condición para recibir la cobertura del seguro. La revocación debe hacerse por escrito y se nos debe enviar.

Usos y divulgaciones de su información altamente confidencial. Las leyes estatales requieren protecciones de privacidad especiales para cierta información altamente confidencial sobre usted. Esta información altamente confidencial puede incluir un subconjunto de su información de salud (1) mantenida en notas de psicoterapia, (2) sobre enfermedades mentales o discapacidades del desarrollo, (3) sobre la prevención, el tratamiento y la remisión por abuso de alcohol y drogas, (4) sobre pruebas de VIH/SIDA, (5) sobre salud reproductiva o (6) sobre abuso o negligencia de menores. Estas leyes pueden restringir nuestros usos y divulgaciones más allá de las limitaciones generales descritas en este Aviso. Excepto para ciertos propósitos descritos en este Aviso, por lo general, obtendremos su autorización por escrito para usar o divulgar información altamente confidencial. La única excepción es si la ley nos permite divulgar su información altamente confidencial para ciertos propósitos sin su autorización por escrito. Además, no podemos usar información genética con fines de aseguramiento.

Las leyes federales tienen requisitos restrictivos para la información de salud sobre el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias. Para que podamos divulgar su información de salud sobre trastornos por abuso de sustancias para un propósito que no sea el que permita la ley, debemos obtener su autorización. La única excepción para la divulgación de dicha información, sin su autorización, es en circunstancias limitadas según lo reglamentado por la ley federal. Por ejemplo, en el caso de la emergencia médica, es posible divulgar su información de identificación de miembro sin su consentimiento previo.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Derecho a solicitar restricciones adicionales. Usted puede solicitar restricciones a los usos y las divulgaciones de la información de salud: (1) para tratamiento, pago y actividades de atención médica; (2) a la familia o los amigos involucrados en su atención o el pago de su atención; o (3) para ayuda en caso de desastre. Si bien consideraremos todas las solicitudes de restricciones adicionales, no estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud. Para solicitar una restricción, debe solicitarle al Servicio al Cliente de Security Health Plan un formulario de Autorización de la HIPAA para usar y divulgar información de salud protegida, y enviar el formulario completo a nuestra Oficina de Privacidad. Le enviaremos una respuesta por escrito.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Aceptaremos una solicitud razonable para recibir comunicaciones de su información de salud de nosotros a través de un medio alternativo de comunicación o en ubicaciones alternativas si la solicitud establece claramente que la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos materiales a un apartado de correos en lugar de hacerlo a su dirección de residencia. Para realizar una solicitud, debe obtener un Formulario de solicitud de comunicaciones confidenciales del Servicio al cliente de Security Health Plan y enviarnos el formulario completo.

Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud. Puede tener acceso a nuestros registros que contengan su información de salud y se usen para tomar decisiones sobre sus beneficios. En ciertas circunstancias limitadas, podemos denegar su acceso a una parte de sus registros, como registros de salud mental o información recopilada para un procedimiento judicial. Para solicitar acceso, debe obtener un Formulario de solicitud de acceso a la información de salud protegida del Servicio al Cliente de Security Health Plan y enviar el formulario completo a nuestra Oficina de privacidad. Puede haber cargos, como costos de copias o envíos por correo, y costos de preparación de una explicación o un resumen, según corresponda. Debe tener en cuenta que, si usted es el padre o tutor legal de un menor (niño menor de 18 años), es posible que no tenga acceso a ciertas partes de la información de salud del menor (por ejemplo, registros relacionados con el tratamiento por abuso de sustancias, resultados de pruebas de VIH o en el caso de que el menor esté emancipado).

Derecho a solicitar enmiendas de sus registros. Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos la información de salud sobre usted que mantenemos en nuestros registros. Para solicitar una corrección, debe obtener un Formulario de solicitud de corrección de la información de salud del Servicio al cliente de Security Health Plan y enviar el formulario completo a nuestra Oficina de Privacidad. Todas las solicitudes de enmiendas deben hacerse por escrito. Podemos rechazar su solicitud cuando se apliquen ciertas circunstancias. Si su médico u otro proveedor de atención médica crearon la información que usted desea enmendar, debe comunicarse con el proveedor para enmendar dicha información.

Derecho al registro de divulgaciones. Puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones de su información de salud que hayamos realizado, si hubiere. La lista no incluirá las divulgaciones hechas a usted por tratamiento, pago, y actividades de atención médica o con otros fines particulares. Para solicitar esta lista, debe obtener un Formulario de solicitud de registro de divulgaciones de información de salud de identificación personal del Servicio al Cliente de Security Health Plan y enviar el formulario completo a nuestra Oficina de Privacidad. Su solicitud debe indicar un plazo que no puede superar los seis años anteriores a su solicitud. Si solicita una lista más de una vez durante un período de 12 meses, le cobraremos un cargo razonable por las solicitudes adicionales.

Derecho de notificación de violación. Le informaremos si hay una violación de su información de salud. Le notificaremos en un plazo de 60 días del momento en que descubramos el incidente en caso de que violemos su información de salud protegida no asegurada.

Elija una persona para que actúe en su nombre. Si le ha otorgado a alguien un poder de representación para las decisiones de atención médica o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.

Derecho a obtener una copia impresa de este Aviso. Puede solicitar una copia impresa de este Aviso, incluso si anteriormente acordó recibirlo de manera electrónica. También puede acceder a este Aviso en nuestro sitio web en www.securityhealth.org.

Quejas. Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestra Línea directa para cuestiones de privacidad llamando a nuestro número gratuito que se muestra a continuación. También puede presentar una queja por escrito ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja.

Preguntas. Si tiene alguna pregunta o desea recibir información adicional acerca de sus derechos o de la información que aparece en este Aviso, comuníquese con el Servicio al Cliente como se muestra a continuación.

Security Health Plan

1515 North Saint Joseph Avenue

Box 8000

Marshfield, WI 54449-8000

1-866-339-0289 (TTY: 711): Línea directa para cuestiones de privacidad

1-844-293-9624 (TTY 711): Centro de Servicio al Cliente

Fax: 715-221-9500

SECCIÓN XI: DEFINICIONES

Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU.: área del Departamento de Trabajo de los EE. UU. que regula y guía las cuestiones relacionadas con los planes de salud.

Año calendario: período que abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre.

Año de beneficios: período de 12 meses, de acuerdo con lo definido en el Programa de beneficios del miembro.

Área de servicio: área geográfica donde Security Health Plan tiene autorización para vender seguros y donde se encuentran sus proveedores de la red.

Atención de apoyo: la atención para un miembro que ha alcanzado el máximo beneficio terapéutico, quien participó en ensayos periódicos de interrupción con la terapia y no logró mantener los beneficios terapéuticos previos que de otra manera habrían empeorado progresivamente. La atención de apoyo es apropiada cuando se han considerado e intentado los servicios de rehabilitación o restauración funcional y otras opciones de atención alternativas, incluidos el autocuidado en el hogar y modificaciones en el estilo de vida.

Atención de enfermería especializada: servicios que se brindan a solicitud del médico y que deben ser proporcionados por personal autorizado, como enfermeros certificados, entre los que se incluyen terapias para garantizar la seguridad del paciente y para lograr el resultado médico deseado.

Atención de enfermería privada: atención de enfermería que enfermeros autorizados le proporcionan personalmente a un miembro como paciente internado o en su domicilio si se cumple alguna de las condiciones siguientes:

- Existen recursos de enfermería especializada disponibles en el centro.
- La atención especializada puede ser proporcionada por una agencia de atención médica a domicilio por consulta y con un fin específico.
- No existen servicios especializados.
- Servicios proporcionados directamente a un miembro para tratar su enfermedad o lesión; los servicios pueden ser proporcionados por un médico, un enfermero anestesista registrado y certificado, un enfermero auxiliar registrado o autorizado, un laboratorio, un técnico de radiología o un auxiliar médico.

Atención de mantenimiento: un plan de tratamiento cuyo objetivo es prevenir enfermedades, promover la salud y prolongar y mejorar la calidad de vida, que se crea para mantener una afección o prevenir el deterioro de una afección crónica. Cuando razonablemente no se puede esperar más mejoras clínicas como resultado de la atención continua, y el tratamiento pasa a ser de apoyo en lugar de ser de naturaleza correctiva, se considera que el tratamiento es de mantenimiento.

Atención de seguimiento: atención de seguimiento hace referencia a los servicios que recibe una vez que su afección se ha estabilizado después de necesitar atención de emergencia. La atención de seguimiento después de una emergencia se reembolsa solo cuando la proporcionan proveedores de atención médica de la red. Si requiere atención de seguimiento antes de que pueda volver al área de servicio, debe obtener la autorización previa de Security Health Plan.

Las normas de atención de seguimiento son diferentes para los estudiantes que asisten a una escuela fuera del área de servicio. Los estudiantes pueden recibir hasta 120 días de atención de seguimiento de proveedores de salud fuera de la red después de recibir atención de emergencia. Llame al Departamento de Servicio al cliente de Security Health Plan para asegurarse de que las reclamaciones de atención de seguimiento de los estudiantes se procesen adecuadamente.

Atención de urgencia: atención que un miembro necesita más rápido que una consulta de rutina con el médico para cubrir necesidades imprevistas.

Atención en un hospicio: servicios de atención médica específicos proporcionados a un miembro cuya expectativa de vida, según lo certifique el médico, es de seis meses o menos, y servicios proporcionados a través de un proveedor de atención en un hospicio autorizado y aprobado por Security Health Plan. La atención se encuentra disponible de manera intermitente, con servicios de guardia disponibles las 24 horas. Esto incluye servicios proporcionados para calmar el dolor y hacer que el miembro se encuentre lo mejor posible.

Audífonos implantables: cualquier instrumento o dispositivo implantable diseñado para mejorar la audición que incluye, entre otros, implantes cocleares.

Audífonos: dispositivos electrónicos amplificadores del sonido diseñados para hacer que el sonido llegue de manera más eficaz al oído. Un audífono está compuesto por un micrófono, un amplificador y un receptor.

Audiólogo: profesional de atención médica que evalúa, diagnostica, trata y controla la pérdida de audición y los trastornos del equilibrio en adultos y niños.

Autorización previa: proceso para determinar si Security Health Plan brindará cobertura para medicamentos con receta, medicamentos de beneficio médico, servicios médicos o equipos antes de que el miembro reciba el medicamento, los servicios o los equipos. Un proveedor de atención médica puede comunicarse con Security Health Plan para determinar si se requiere autorización previa para el equipo, servicio médico o medicamentos del miembro llamando al Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan. Se deben cumplir todos los siguientes criterios para la autorización previa:

- Los servicios son médicamente necesarios.
- Los servicios son un beneficio cubierto conforme a la cobertura del miembro.

Cargo complementario: es la diferencia entre el costo del medicamento con receta de marca y el medicamento con receta genérico. El cargo complementario no se tendrá en cuenta para el límite que paga de su bolsillo por los medicamentos con receta, según se define en el Programa de beneficios.

Centro de enfermería especializada autorizado: un centro de enfermería autorizado para funcionar como un centro de enfermería especializada en el estado en el que se encuentra ubicado. El centro debe contar con personal, equipos y estar en buenas condiciones para brindar los siguientes servicios de enfermería especializada de manera continua: observación y evaluación, atención especializada y programas de restauración y actividades. Estos servicios deben ser proporcionados bajo la dirección de un profesional y la supervisión médica, según sea necesario.

Centro de rehabilitación para pacientes internados: un hospital (o unidad especial de un hospital que se encuentra designada como centro de rehabilitación para pacientes internados) que brinda servicios de salud de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del lenguaje y del habla) para pacientes internados, según lo permitido por la ley.

Centro de tratamiento para pacientes externos: centro médico autorizado o aprobado por el Departamento de Servicios de Salud para proporcionar servicios de atención de salud mental y cuyos servicios para pacientes externos cumplen con los estándares del Departamento de Servicios de Salud.

Centro residencial de tratamiento: centro que proporciona un programa de servicios por abuso de sustancias efectivos y que cumple con todos los siguientes requisitos:

- Brinda un programa de tratamiento bajo la participación y la dirección activas de un médico, y está aprobado por el representante de trastornos por abuso de sustancias.
- Está establecido y funciona de acuerdo con la ley estatal aplicable a programas de tratamiento residencial.
- Proporciona al menos los siguientes servicios básicos en centros que funcionan las 24 horas del día:
 - Habitación y comida.
 - Evaluación y diagnóstico.
 - Asesoramiento.
 - Orientación y remisión a recursos comunitarios especializados.
- Tiene o mantiene un programa de tratamiento por escrito, específico y detallado que requiere que el paciente viva todo el tiempo en el centro y que participe constantemente para poder llevarlo a cabo.

Un centro residencial de tratamiento que califica para ser un hospital se considera un hospital.

Certificación de paciente internado: es necesario que el hospital al que asiste el miembro se comunique con Security Health Plan antes de cualquier internación planificada en el hospital. El hospital deberá informar la cantidad de días que está previsto que el miembro permanezca internado. Luego, Security Health Plan cubrirá o precertificará la estadía del miembro en el hospital por una cierta cantidad de esos días. Security Health Plan puede precertificar la estadía por menos días de los que el hospital prevé que el miembro permanecerá allí. En ese caso, el hospital del miembro deberá probar que Security Health Plan debe determinar que esos días adicionales son médicamente necesarios para que el miembro reciba la cobertura por esos días.

Clínica en tiendas minoristas: clínica ubicada en farmacias, supermercados e hipermercados que brinda atención para afecciones simples y agudas, como bronquitis, gripe, y servicios de colocación de vacunas o realización de determinados análisis.

Cobertura familiar: cobertura que se aplica a un suscriptor cubierto y al cónyuge elegible o los hijos dependientes elegibles. Para tener cobertura, un dependiente debe estar inscrito de manera adecuada y Security Health Plan debe aprobarlo para que esté cubierto.

Copago: determinado monto en dólares que el miembro debe pagarle al proveedor de atención médica cada vez que este le brinda ciertos servicios cubiertos de atención médica.

Coseguro: parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto que le corresponde pagar al miembro, calculado como un porcentaje del monto permitido para el servicio.

Costo compartido: parte de los costos de atención médica del miembro que no está cubierta por Security Health Plan; algunos ejemplos de costo compartido son copagos, deducibles y coseguro.

Cuidado asistencial: servicios proporcionados al miembro si sucede lo siguiente:

- El miembro necesita asistencia para realizar actividades de la vida diaria que incluyen, entre otras, vestirse, bañarse, alimentarse, caminar, administrarse los medicamentos con receta y mantener la continencia.
- El miembro no requiere las habilidades técnicas de un enfermero certificado en todo momento.
- Los servicios no mejoran la condición física o mental del miembro; no se prevén más mejoras funcionales.

Los servicios se pueden considerar servicios asistenciales, según lo determine Security Health Plan, incluso si el miembro se encuentra bajo el cuidado de un médico y el médico receta servicios para respaldar y mantener la condición física o mental del miembro.

Deducible: monto que un miembro debe pagar en un año de beneficios antes de que Security Health Plan pague esos beneficios de acuerdo con la póliza. Los miembros pueden consultar su Programa de beneficios para obtener información sobre su deducible anual.

Dependiente: persona que cuenta con la cobertura de atención médica de otra persona. Entre los dependientes se incluyen el cónyuge o los hijos del suscriptor.

Determinación adversa de beneficios: una determinación adversa de beneficios es cualquiera de las siguientes instancias:

- Cualquier rescisión, incluida la cancelación o interrupción de la cobertura, que tenga un efecto retroactivo.
- Un incumplimiento en la cobertura de un artículo o servicio para el cual se proporcionan, de otra manera, los beneficios debido a que Security Health Plan determina que son experimentales o de investigación, inapropiados o no son médicamente necesarios.
- Una denegación, reducción, finalización o un incumplimiento de la provisión o en el pago (en su totalidad o en parte) de un beneficio basado en la determinación de la elegibilidad del miembro para participar en un plan, incluidos los que surgen de la aplicación de cualquier revisión de la utilización de medicamentos.

Dientes naturales sanos

- No están cariados ni generan enfermedades periodontales.
- No fueron restaurados completamente.
- No son artificiales.
- No son más propensos a lesiones que el resto de los dientes naturales.
- Son orgánicos y se formaron por el desarrollo natural del cuerpo humano.

El diente debe estar sano y ser natural sin tratamiento de restauración y sin enfermedades previas a la lesión. Un diente sano es uno que se sostiene de forma adecuada mediante su estructura natural (hueso y tejido gingival), que está formado por el cuerpo humano y que no está cariado ni debilitado por trabajos dentales previos en el lugar de la lesión. Por ejemplo, un diente sin coronas, tratamientos de conducto, afección periodontal y sin fracturas, uno que no necesitaría tratamiento por ningún motivo que no sea la lesión accidental.

Dispositivo protésico: artículo que reemplaza todo o parte de un miembro u órgano interno, o reemplaza todo o parte de un órgano interno que no funciona o funciona mal permanentemente.

Dispositivos ortésicos: dispositivos que brindan soporte para articulaciones, tendones, músculos o huesos dañados y que se pueden personalizar según la anatomía y los problemas funcionales del paciente.

Emergencia: una emergencia se define como una afección médica que implica síntomas agudos de cierta gravedad, como dolor grave, que hace que una persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, llegue a la conclusión razonable de que la falta de atención médica inmediata podría resultar en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Riesgo grave para la salud del miembro o, en el caso de una mujer embarazada miembro, riesgo grave para la salud del hijo no nacido de la mujer embarazada miembro.
- Deterioro grave de las funciones corporales del miembro.
- Disfunción grave de uno o más órganos o partes del cuerpo del miembro.

Dichas afecciones incluyen, por ejemplo, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, pérdida del conocimiento o pérdida de la capacidad respiratoria.

Enfermedad física: cambio en una función, una estructura o un sistema del cuerpo humano que provoca, o provocará si no se lo detecta o trata, un deterioro en el estado de salud o la función de la estructura o del sistema del cuerpo humano. Para los fines de esta Póliza, el término enfermedad física incluye el embarazo y las complicaciones del embarazo.

Enfermedad: malestar, afección o enfermedad física que incluye enfermedades de salud mental y por abuso de sustancias.

Enfermedades de salud mental: también denominadas trastornos mentales o nerviosos (incluyen abuso de sustancias, alcoholismo y abuso de drogas), como lo explica la última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (Diagnostic and Statistical Manual, DSM-5) de la American Psychiatric Association o la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Enfermera partera certificada: las enfermeras parteras certificadas (CNM) son enfermeras certificadas egresadas de un programa educativo de obstetricia acreditado por el Departamento de Acreditación de American College of Nurse Midwives (ACNM) y que aprobaron un examen de certificación nacional de American Midwifery Certification Board (AMCB). Muchas CNM recibieron educación sobre obstetricia como parte de un programa de maestría. Muchas CNM trabajan en hospitales.

Enmienda: cualquier descripción escrita adjunta correspondiente a una disposición adicional o alternativa de esta póliza. Las enmiendas se encuentran sujetas a todas las condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.

Equipo médico duradero: equipo médico que tiene las siguientes características:

- Es adecuado para el uso en el hogar del miembro.
- Está recetado por un médico.
- Es médicamente necesario para el tratamiento de una enfermedad o lesión específica.
- Soporta el uso repetido.
- No es desechable.
- No se encuentra implantado en el cuerpo.

Este plan: parte de la póliza que brinda beneficios para los gastos de atención médica.

Estudiante de tiempo completo y condición de estudiante de tiempo completo: un hijo dependiente cubierto en calidad de estudiante de tiempo completo en una escuela secundaria, escuela de formación profesional, escuela técnica, escuela de educación para adultos, instituto o universidad acreditados. Dicha escuela debe proporcionar un cronograma de cursos académicos y su principal actividad debe ser la provisión de educación académica. Un programa de pasantías no se considera escuela, instituto o universidad acreditados para este fin.

Estudios clínicos: estudio científicamente controlado, registrado y aprobado sobre la seguridad y la efectividad de un agente terapéutico (como un medicamento o una vacuna) en el que participan sujetos humanos que aceptan hacerlo.

Evento que califica: un evento que califica es un evento de vida como se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) que le permite inscribirse o realizar cambios en su cobertura existente. Algunos ejemplos de eventos que califican incluyen un cambio en el estado civil, el nacimiento de un hijo o el comienzo de un trabajo.

Experimental o de investigación: el uso de cualquier tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, objeto, dispositivo o suministro para el tratamiento de una enfermedad o lesión del miembro para el que Security Health Plan determine lo siguiente:

- Su uso no haya sido aprobado por la agencia gubernamental correspondiente, como la Administración de Medicamentos y Alimentos, entre otras, para el fin con el que se lo utiliza, que incluye la afección médica del miembro, y que no se haya demostrado que es tan beneficioso como las alternativas establecidas.
- No demuestre que el procedimiento, tratamiento, suministro, dispositivo o medicamento es seguro y efectivo para la afección médica del paciente.

- Según una revisión de la bibliografía médica de los Estados Unidos, no demuestre al menos un resultado clínico equivalente si se lo compara con el tratamiento estándar o convencional para la afección.
- El tratamiento requiere un protocolo de investigación por escrito y es un protocolo de tratamiento basado en los protocolos utilizados en los estudios clínicos en curso, o similar a estos.



Nota: Un tratamiento, procedimiento, suministro, dispositivo o medicamento podrá ser considerado experimental o de investigación incluso si el proveedor de atención médica lo realizó, recetó, recomendó, solicitó o aprobó, o si es el único procedimiento o tratamiento disponible para la afección.

Extranjero con residencia legal: residente de los Estados Unidos nacido en el extranjero que no es ciudadano de los EE. UU. Un extranjero con residencia legal también se conoce como residente permanente o residente permanente legal, lo que significa que se lo considera un inmigrante que ha sido registrado legalmente y conforme a la ley como residente del país.

Facturación de saldos: cuando el proveedor le factura cargos por la diferencia entre el cargo del proveedor y el monto de reembolso de Security Health Plan.

Familia directa: cónyuge del miembro cubierto, hijos naturales y adoptados, hijos dados en adopción al miembro cubierto, hijastros, padres, abuelos, bisnietos, hermanos y hermanas, y sus cónyuges.

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con Security Health Plan o sus delegados para brindarles medicamentos con receta a los miembros de Security Health Plan. Las farmacias de atención a largo plazo generalmente quedan excluidas.

Formulario: lista de los medicamentos con receta, productos y dispositivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los EE. UU. El formulario es desarrollado y revisado por un comité de médicos y farmacéuticos, y está sujeto a modificación y revisión periódicas. Puede solicitar el formulario que se aplica a cada plan del miembro o consultarlo en www.securityhealth.org/prescription-tools.

Gasto permitido: gasto necesario, razonable y habitual para la provisión de atención médica. La diferencia entre el costo de una habitación privada en el hospital y el costo de una habitación semiprivada en el hospital no se considera un gasto permitido a menos que se determine que la estadía del paciente en una habitación privada del hospital es médicamente necesaria ya sea según las prácticas médicas aceptadas en general o porque así está definido de manera específica en el plan. Si un plan brinda beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio provisto debe ser considerado un gasto permitido y un beneficio pagado.

Habitual, usual y razonable: se determina al comparar los cargos por los servicios similares ajustados al área geográfica donde se prestan los servicios.

Hijo/hijos: hijos naturales, hijastros, hijos legalmente adoptados, niño asignado a una familia para su adopción, niño cuya tutela legal fue otorgada al suscriptor o al cónyuge del suscriptor, el hijo de un hijo dependiente menor de 18 años (nieto).

El término hijo incluye a un estudiante de tiempo completo si el hijo fue convocado para servicio activo en la Guardia Nacional o en una reserva de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. mientras el hijo era menor de 27 años cuando asistía, de tiempo completo, a una institución de educación superior.

HMO: sigla en inglés que significa Organización para el Mantenimiento de la Salud. Es un plan de seguro de salud que brinda cobertura médica dentro de una red de proveedores de atención médica participantes.

Hospital: institución que brinda servicios de manera continua, las 24 horas del día, a pacientes internados, además de servicios de hospital general y servicios y centros de cirugía compleja. Su función principal debe ser la provisión de centros terapéuticos y de diagnóstico para diagnósticos médicos y quirúrgicos, y la provisión de tratamiento y atención para personas enfermas o lesionadas. Un equipo de médicos y cirujanos profesionales autorizados debe proporcionar o supervisar los servicios del hospital. Un hospital no es fundamentalmente un lugar para descansar ni para recibir cuidado asistencial o atención para ancianos, y tampoco es una residencia para adultos mayores ni un hogar de convalecencia o una institución similar.

Infertilidad: incapacidad física para concebir después de, al menos, 12 meses consecutivos de mantener relaciones sexuales sin protección; dicha incapacidad es documentada por un proveedor de atención médica. La infertilidad en sí misma no se considera una enfermedad.

Intercambio de seguros: también denominado Mercado de seguros para la salud o "Mercado". El gobierno federal creó el Mercado de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (reforma de la atención médica) para las personas que desean adquirir la cobertura de un seguro de salud.

Internación: período que comienza con el ingreso en un hospital u otro centro autorizado de atención médica autorizado como paciente internado (más de 24 horas) para el tratamiento de una enfermedad o lesión. La internación finaliza cuando se otorga el alta de ese hospital o centro. Si se procede al traslado a otro hospital o centro para continuar con el tratamiento de la misma enfermedad o lesión, o alguna relacionada, el evento se considera una sola internación.

Intervención en situaciones de crisis: evaluación inmediata y atención de la salud mental a personas que tengan una crisis de la salud mental. Los servicios están disponibles dentro de los programas de salud mental para pacientes externos del condado, un programa de salud mental para pacientes internados o un programa diurno de tratamiento de la salud mental y están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El programa está conformado por profesionales de salud mental, paraprofesionales o voluntarios capacitados en salud mental respaldados por profesionales de la salud mental.

Lesión/lesiones: daño corporal provocado por un incidente. El daño corporal debe haber sido provocado directamente por el incidente y no debe estar asociado a ninguna otra causa. Los daños que se producen en la dentadura como consecuencia de la masticación no se consideran lesiones.

Ley de Cuidado de Salud Asequible: también se la denomina Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y reforma de la atención médica. Es una ley que se estableció en el año 2010, y que abarca protecciones para el consumidor de servicios médicos, nuevas opciones de cobertura de salud, mejoras en la atención de los pacientes y reducciones en los costos médicos.

Medicaid: beneficios disponibles conforme a planes estatales correspondientes al Título XIX de la Ley de Seguro Social de 1965, según enmienda.

Medicamento necesario: la atención médicamente necesaria implica tratamientos, servicios o suministros proporcionados por un hospital o un proveedor de atención médica que son necesarios para identificar o tratar una enfermedad o lesión del miembro y que, según lo determinado por los directores médicos de Security Health Plan:

- Corresponden al nivel más adecuado de servicios que se le pueden brindar al miembro de la manera más segura y rentable posible.

- No se administran únicamente para la conveniencia de un miembro, hospital u otro proveedor de atención médica.
- Son coherentes con la enfermedad o lesión del miembro.
- Son consistentes con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica.

Nota: la descripción "generalmente aceptados de la práctica médica" se refiere específicamente a los estándares que se basan en evidencia científica de moderada o alta calidad publicada en la bibliografía médica revisada por pares.

- La evidencia científica de moderada o alta calidad consiste fundamentalmente en estudios clínicos de comparación o controlados con placebo que demuestran el beneficio de la intervención de manera directa sobre los resultados de salud del paciente.
- Las reacciones psicológicas a la apariencia o el miedo a la enfermedad no constituyen una base para la necesidad médica/quirúrgica, que no sean para los servicios de salud del comportamiento.
- Los ensayos controlados o no controlados de reemplazo no validados o de la etapa terminal de una enfermedad, los ensayos de observación, los estudios de observación parcialmente controlados y las series clínicas no controladas pueden sugerir, pero no establecer por sí mismos, una evidencia sólida para probar la necesidad médica.
- Los servicios estéticos o las cirugías plásticas no son un beneficio a menos que representen una necesidad médica funcional.

Si existen dos o más servicios médicamente necesarios que puedan ser proporcionados para el tratamiento de la enfermedad, lesión o afección médica, Security Health Plan proporcionará los beneficios según el servicio más rentable. Los servicios hospitalarios para pacientes internados incluyen solo aquellos servicios que cumplen con los requisitos anteriores, requieren un entorno de internación agudo (para pasar la noche) y que no hubieran podido ser administrados en el consultorio médico, en el departamento para pacientes externos de un hospital ni en otro centro menor sin afectar de manera adversa la condición del paciente o la calidad de la atención médica provista. Los servicios para pacientes internados que no son médicamente necesarios incluyen las siguientes hospitalizaciones:

- En un centro de control del dolor para tratar o curar un dolor crónico.
- Para comodidad personal.
- Para estudios de diagnóstico que se podrían haber brindado como paciente externo.
- Para observaciones o evaluaciones médicas.
- Para rehabilitación como paciente internado, la cual se puede brindar como paciente externo.

Security Health Plan se reserva el derecho de revisar todas las reclamaciones para determinar si los servicios son médicamente necesarios y puede solicitar los servicios de consultores médicos, comités de revisión de pares u hospitales y otros consultores. Un servicio no siempre se considera médicamente necesario cuando el proveedor de atención médica ha recetado, indicado, recomendado o aprobado un tratamiento, servicio o suministro, o ha informado a un miembro que dicho servicio se encuentra disponible.

Medicamento con receta: medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los EE. UU. y que debe, según la ley estatal y federal, ser provisto únicamente con receta. Un medicamento con receta puede ser un medicamento que, debido a sus características, es adecuado para la autoadministración o la administración de un cuidador no especializado. Este término incluye medicamentos con receta de investigación utilizados para tratar el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como se describe en el estatuto estatal 632.895(9), así como otros medicamentos designados por Security Health Plan.

Medicamento de beneficio médico: un medicamento elegible que ha sido aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) y que lo administra fundamentalmente un proveedor de atención médica en el consultorio, la clínica, el hospital o mediante infusión en el hogar. Estos medicamentos se administran generalmente mediante inyección intravenosa (IV), infusión IV, inyección intramuscular (IM), inyección intravítrea (ocular), inyección intraarticular (en las articulaciones), inyecciones intratecales, inyecciones subcutáneas limitadas requeridas en una emergencia para el tratamiento de afecciones agudas, y medicamentos requeridos como parte de un procedimiento quirúrgico o de diagnóstico.

Medicamento nuevo: una nueva entidad química que no ha sido aprobada previamente por la FDA y que es elegible para la cobertura. Se incluyen nuevas formas de dosificación, formulaciones nuevas o combinaciones de medicamentos existentes.

Medicamentos de especialidad con receta: un medicamento elegible designado de especialidad por Security Health Plan.

Medicare: beneficios disponibles conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social de 1965, según enmienda.

Médico: persona que obtuvo un título en medicina otorgado por un instituto o universidad acreditados, es un director médico o un cirujano autorizado por el estado en el que se encuentra y brinda servicios de atención médica al mismo tiempo que actúa dentro del alcance de su autorización.

Miembro: persona cubierta o dependiente inscrito para recibir la cobertura de Security Health Plan.

Monto permitido: el monto más bajo facturado o la tarifa negociada establecida en el contrato entre Security Health Plan y el proveedor de atención médica de la red.

Niño suscriptor: persona más joven cubierta por una póliza que no cubre a ninguna persona adulta.

Nutricionista: experto certificado en dietas y nutrición certificado.

Padre: madre, padre o tutor legal de una persona.

Partera autorizada: una partera que cuenta con certificación, pero que puede o no tener una credencial de CPM, se denomina partera autorizada o registrada.

Partera profesional certificada: las parteras profesionales certificadas (CPM) son egresadas de programas de obstetricia acreditados o que cumplieron con todos los requisitos de certificación de North American Registry of Midwives (NARM) a través de los programas de equivalencia, denominados Proceso de evaluaciones variadas. Las CPM también aprobaron un examen de certificación nacional de NARM y deben renovar su certificación cada tres años.

Período de determinación de reclamación: período de un año calendario. Sin embargo, este período no incluye ninguna parte del año en la que una persona no tenga cobertura de este plan.

Período de inscripción: período en el que un empleado o una persona elegible puede solicitar la cobertura.

Plan primario/plan secundario: la subsección "Normas de determinación del orden de beneficios" describe los casos en los que este plan funciona como plan primario o como plan secundario en comparación con otro plan que cubre a la persona. Cuando existen más de dos planes que cubren a la persona, este plan puede funcionar como un plan primario con respecto a uno o más planes y como un plan secundario con respecto a un plan o unos planes diferentes.

Plan: cualquiera de las siguientes opciones que proporciona beneficios o servicios para el tratamiento o la atención médica u odontológica:

- Seguro colectivo o cobertura colectiva, ya sea asegurado o autofinanciado, que incluye cobertura continua; esta opción incluye prepago, cobertura de práctica colectiva o cobertura de práctica individual; además, incluye cobertura que no sea la cobertura de accidentes escolares.
- Cobertura otorgada por un plan gubernamental o cobertura solicitada u otorgada por la ley; tampoco incluye ningún plan cuyos beneficios, por ley, superen los beneficios de cualquier programa de seguro privado u otro programa no gubernamental.
- Los beneficios de gastos médicos, cobertura grupal, seguros colectivos e individuales de automóvil contra todo riesgo, pero, como sucede con los seguros tradicionales de automóvil "sin culpa", se incluyen únicamente los beneficios médicos escritos en un seguro colectivo o de tipo colectivo.

Cada seguro u otro acuerdo de cobertura conforme a los establecidos anteriormente se considera un plan separado. Si el acuerdo tiene dos partes y la coordinación de las normas de beneficios se aplican solo a una de las dos partes, cada parte constituye un plan separado.

Póliza: acuerdo completo emitido para la persona o familia que incluye todo lo siguiente (si corresponde):

- Cláusulas adicionales.
- Cualquier solicitud adicional.
- Enmiendas.
- Este documento.
- La solicitud del miembro.
- Programa de beneficios.

Procedimientos de reconstrucción: procedimientos realizados en estructuras del cuerpo anormales causadas por un defecto congénito, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades. Por lo general, se realiza para mejorar la funcionalidad.

Profesional de salud mental autorizado: trabajador social clínico, terapeuta familiar o de pareja, o asesor profesional que está autorizado según el estatuto del estado.

Programa de apoyo comunitario (CSP): un programa de atención y tratamiento coordinado que brinda un rango de tratamiento, rehabilitación y servicios de apoyo a través de un programa de tratamiento identificado y de personal preparado para garantizar la participación terapéutica continua, el tratamiento, la rehabilitación y los servicios de apoyo en la comunidad personalizados para quienes tienen enfermedades mentales crónicas.

Programa de beneficios: documento que acompaña esta Póliza y que describe los beneficios específicos y las limitaciones de beneficios para los gastos cubiertos conforme a las condiciones de esta Póliza. El Programa de Beneficios describe los montos del deducible, el coseguro y el copago de su plan asociados con diferentes servicios médicos o de farmacia.

Programa de donantes directos: programa de donación de sangre que les permite a los pacientes buscar sus propios donantes para transfusiones o cirugías planificadas.

Programas intensivos para pacientes externos: tratamiento de trastornos por abuso de sustancias psicoactivas proporcionados de acuerdo con los criterios de colocación del paciente de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción y por enfermedades mentales. Programas que tienen la capacidad prevista y estructurada de provisión de servicios de, al menos, dos horas por día y tres días por semana. La gama de servicios ofrecidos podría incluir servicios grupales, individuales, familiares o de un grupo multifamiliar de psicoterapia o psicoeducación y supervisión médica.

Programas para perder peso: servicios o programas para perder peso, realizar un control alimenticio, suprimir el apetito u otros programas populares para perder peso, como Weight Watchers®, Nutrisystem®, Jenny Craig®.

Proveedor de atención médica de la red: médico, profesional, centro de tratamiento autorizado, farmacia, hospital, hospital de atención de salud del comportamiento, clínica u otro proveedor de atención médica que tiene un contrato de proveedor de atención médica con Security Health Plan para brindarles tratamiento, servicios o suministros médicos a los miembros de Security Health Plan.

Proveedor de atención médica fuera de la red: proveedores de atención médica que no tienen un contrato con Security Health Plan.

Proveedor de atención médica: médicos, doctores (PhD), hospitales, clínicas y cualquier otra persona, instituto u otra entidad autorizada, certificada o habilitada, de otra manera, para brindar servicios de atención médica dentro del alcance de su autorización según se define en la Sección 146.81(1) del estatuto de Wisconsin.

Proveedor de atención primaria: médico, profesional de enfermería o auxiliar médico experto en medicina de adolescentes, de familia, medicina interna, medicina general o pediatría con el que un miembro realiza una consulta para coordinar su atención médica.

Receta: solicitud legal emitida por un médico u otro proveedor de atención médica autorizado a recetar medicamentos.

Reclamación: cualquier solicitud de beneficios realizada según los procedimientos de procesamiento de reclamaciones que se describen en la Sección VIII: Pautas comerciales del plan de salud. Cualquier comunicación sobre los beneficios que no cumpla con estos procedimientos no será considerada una "reclamación". Las solicitudes de beneficios que no cumplan con estos procedimientos o que no contengan la información especificada en la sección "Prueba de reclamación" se tratarán como una reclamación presentada de manera incorrecta. Período de determinación de reclamación: período de un año calendario. Sin embargo, este período no incluye ninguna parte del año en la que una persona no tenga cobertura de este plan.

Reclamante: un miembro que solicita beneficios de acuerdo con los procedimientos de procesamiento de reclamaciones de Security Health Plan que se describen la Sección VIII.

Reclamo acelerado: cualquier insatisfacción con respecto a la administración, las prácticas de reclamación o los servicios de Security Health Plan que implique una situación en la que la duración normal del proceso de reclamo podría tener efectos de salud adversos para el miembro.

Reclamo: cualquier insatisfacción, escrita por el miembro o en nombre del miembro, con respecto a una aseguradora de salud que ofrece un plan de beneficios de salud o la administración de un plan de beneficios de salud. Los reclamos pueden ser acerca de cualquiera de las siguientes cuestiones:

- Consulte también el reclamo acelerado.
- Determinación de un diagnóstico o del nivel de servicio requerido para el tratamiento de trastornos del espectro autista basado en evidencia.
- Determinación para reformar o rescindir la póliza.
- Discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, religión, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, estado de salud, estado civil, antecedentes de arresto o condena o participación militar.
- Prácticas de reclamación.
- Provisión de los servicios.

Representante de trastornos por abuso de sustancias: organización o persona designada por Security Health Plan que brinda u organiza los servicios de salud mental y los servicios de trastornos por abuso de sustancias para los cuales existen beneficios disponibles.

Security Health Plan of Wisconsin, Inc. o Security Health Plan: corporación de seguros que tiene su sede central en Marshfield, Wisconsin, y que está organizada y funciona según el Capítulo 613 de las leyes de Wisconsin.

Servicios de atención en el hogar: servicios de atención médica proporcionados directamente a un miembro en el hogar del miembro de acuerdo con un plan por escrito de atención en el hogar presentado por el médico que atiende al miembro y aprobado previamente por Security Health Plan.

Servicios de habilitación: servicios de atención médica que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de su vida diaria. Algunos ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina o habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades.

Servicios de rehabilitación: servicios de atención médica que lo ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento básico para la vida diaria, el cual ha perdido o se ha deteriorado debido a que estuvo enfermo o se lesionó. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y el lenguaje, y otros servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de centros para pacientes externos.

Servicios de tratamiento diurno o programa de hospitalización parcial: un tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias intensivo o intermedio a corto plazo dirigido por un médico, por un período de menos de veinticuatro (24) horas pero más de cuatro (4) horas por día en un centro o programa autorizado o certificado. Es un servicio de tratamiento no residencial que consta de sesiones regularmente programadas de varias modalidades, como asesoramiento individual y grupal, y administración de casos, proporcionados bajo la supervisión de un médico.

Servicios de tratamiento residencial: centro autorizado o certificado como tal por la jurisdicción en la que se encuentra ubicado para operar un programa para el tratamiento y la atención de los participantes diagnosticados con trastornos por abuso de alcohol, drogas o abuso de sustancias o una enfermedad mental. El programa es un entorno terapéutico supervisado por pares con una participación clínica. Este servicio proporciona tratamiento para el abuso de sustancias en forma de asesoramiento, acceso inmediato a apoyo de expertos mediante el entorno y la administración de casos intensivos, que pueden incluir educación directa y monitoreo en las áreas de salud e higiene personal, socialización comunitaria, preparación para el empleo, asesoramiento para resolución de problemas, tareas domésticas y planificación financiera.

Servicios estéticos: servicios y procedimientos para mejorar la autoestima del paciente, el bienestar personal, o para tratar de manera indirecta problemas o trastornos emocionales o psiquiátricos, así como también procedimientos llevados a cabo con el único propósito de mejorar la apariencia. Esto también incluiría servicios y procedimientos proporcionados en relación con complicaciones de servicios o procedimientos estéticos, o que surgen de estas complicaciones.

Servicios intensivos: terapia conductual basada en la evidencia diseñada para ayudar a una persona con trastorno del espectro autista a superar los problemas cognitivos, sociales y conductuales asociados con el trastorno. Los servicios intensivos pueden incluir terapia del habla basada en la evidencia y terapia ocupacional proporcionada por un terapeuta calificado cuando dicha terapia se basa en los objetivos terapéuticos y las habilidades terapéuticas de una persona, y se relaciona con la terapia conductual basada en la evidencia.

Servicios médicos: servicios proporcionados a un miembro para el tratamiento de una enfermedad o lesión.

Servicios no aprobados: servicios que incluyen medicamentos con receta que no han demostrado eficacia en el tratamiento de una afección médica específica en estudios de cohorte o ensayos bien realizados.

Servicios no intensivos: terapia basada en la evidencia que ocurre después de la finalización del tratamiento de servicios intensivos y que está diseñada para sostener y estimular los logros realizados durante el tratamiento con servicios intensivos o para una persona que no tiene y no recibirá servicios intensivos, terapia basada en la evidencia que mejorará la afección de la persona.

Servicios por abuso de sustancias: tratamiento de alcoholismo y abuso de sustancias.

Servicios preventivos: atención preventiva que se centra en detectar y prevenir enfermedades futuras. Estos servicios se identifican según el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la Ley de Cuidado de Salud Asequible y pautas internas. Las recomendaciones sobre servicios preventivos tienen como fundamento pautas basadas en evidencia que atenderán a una población de individuos en función de la edad, el género y otros factores. Estas recomendaciones se aplican solo a las personas que no presentan signos, síntomas ni diagnóstico de la enfermedad o afección específica que se evalúa.

Servicios profesionales: servicios directamente proporcionados a un miembro por un médico para tratar la enfermedad o lesión del miembro. Los servicios pueden ser proporcionados por un enfermero anestesista registrado y certificado, un enfermero auxiliar registrado o autorizado, un técnico de laboratorio o de rayos X o un auxiliar médico.

Servicios relacionados con la maternidad: atención prenatal, del parto y posparto que el proveedor de atención médica factura en el paquete de obstetricia. Las consultas prenatales adicionales que se realizan con el proveedor de atención médica de obstetricia debido a un embarazo de alto riesgo también se consideran atención de maternidad.

Servicios: servicios profesionales, quirúrgicos, médicos, de hospital, de maternidad o cualquier otro servicio proporcionado por un proveedor de atención médica. El término servicios incluye los medicamentos con receta, el tratamiento y los suministros.

Suministros médicos: artículos que cumplen las siguientes características:

- Se utilizan principalmente para tratar una enfermedad o lesión.
- Generalmente no son útiles para una persona que no presenta una enfermedad o lesión.
- Constituyen los artículos más adecuados que se le pueden proporcionar al miembro de manera segura y con los que se puede lograr el resultado final deseado de la manera más rentable posible.
- Está recetado por un médico.
- No son principalmente para la comodidad ni la conveniencia del miembro.

Telesalud: una consulta en tiempo real entre un paciente y un proveedor que puede realizarse de forma segura por videoconferencia, por teléfono, a través de tecnologías de almacenamiento y transmisión o mensajería segura.

Titular de la póliza: persona que posee la póliza de seguro.

Trastornos del espectro autista: término general utilizado para denominar un grupo de trastornos complejos del desarrollo cerebral. Las personas que sufren estos trastornos se caracterizan por presentar, en distintos grados, dificultades para interactuar con otras personas, para comunicarse de manera verbal o no verbal y comportamientos repetidos. Algunos ejemplos de trastornos del espectro autista son los siguientes:

- **Síndrome de Asperger:** caracterizado por síntomas del trastorno autista más leves. Las personas que sufren de síndrome de Asperger pueden presentar problemas para relacionarse con otras personas y comportamientos e intereses inusuales. Sin embargo, estas personas generalmente no presentan problemas del lenguaje ni discapacidades intelectuales.
- **Trastorno autista:** caracterizado por importantes retrasos en el lenguaje, problemas de comunicación y para relacionarse con otras personas, y comportamientos e intereses inusuales. Muchas de las personas que sufren de trastorno autista también presentan discapacidades intelectuales.
- **Trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera (PDD-NOS; también denominado "autismo atípico"):** las personas que sufren de este trastorno presentan algunas características de trastorno autista o síndrome de Asperger, pero no todas. Por lo general, las personas con PDD-NOS presentan menos síntomas y más leves que los del trastorno autista. Estos síntomas pueden provocar únicamente problemas de comunicación y para relacionarse con otras personas.

Tratamiento: administración y atención proporcionadas por un médico u otro proveedor de atención médica para el diagnóstico, la recuperación y la terapia, o una combinación de estas, de una enfermedad o lesión, según lo determine Security Health Plan.

SecurityHealth PlanSM

Promises kept, plain and simple.[®]

1515 North Saint Joseph Avenue
P.O. Box 8000
Marshfield, Wisconsin 54449-8000

1-844-293-9624
715-221-9258
TTY 711
Fax 715-221-9500

www.securityhealth.org