EMPLEADOR TRANSITORIO

Certificado de cobertura



2027

SecurityHealth Plan®

Promises kept, plain and simple.

Certificado de cobertura

Security Health Plan of Wisconsin, Inc., "Security Health Plan", es una corporación de seguros de servicios con su oficina principal en Marshfield, Wisconsin, organizada y existente bajo el Capítulo 613 de los estatutos de Wisconsin. Este certificado sirve como documento clave del plan para varios tipos de cobertura de Security Health Plan, incluidos los planes de organización para el mantenimiento de la salud (HMO), punto de servicio (POS) e indemnización.

Los beneficios pueden pagarse de manera diferente para el plan HMO, POS y de indemnización. Esos detalles se encuentran en su Programa de beneficios. 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. Es importante que lea detenidamente este Certificado, su Programa de beneficios y cualquier enmienda para que comprenda su cobertura.

Security Health Plan no proporciona directamente servicios de atención médica. Pagamos a los proveedores por los servicios médicos cubiertos como se especifica en este Certificado. Security Health Plan tiene acuerdos de tarifas con proveedores dentro de la red que no le facturan cargos que excedan nuestro pago por cargos cubiertos. Su elección de un proveedor dentro o fuera de la red determina cuánto paga Security Health Plan por los servicios cubiertos y cuánto paga usted por su atención médica.



AVISO IMPORTANTE: Security Health Plan paga a los proveedores fuera de la red según nuestro programa de tarifas usuales, habituales y razonables (UCR) para los servicios cubiertos. Los cargos UCR se determinan comparando lo que cobran los proveedores por servicios similares en la misma zona geográfica o utilizando otros métodos explicados en este documento. Si el cargo de un proveedor es más alto que nuestra tarifa UCR, Security Health Plan puede pagar menos y usted deberá pagar el monto adicional. También tendrá que pagar los deducibles, los coseguros y los copagos. Las tarifas que superan el programa de tarifas UCR no cuentan para sus límites de gastos de bolsillo.

Facturación del saldo

Según la ley federal, usted está protegido contra la facturación del saldo en ciertas circunstancias. Si recibe servicios de emergencia (para los cuales hay beneficios disponibles en su plan) de un proveedor fuera de la red, es posible que el proveedor fuera de la red no le facture y no lo responsabilice por ningún monto de dichos servicios de emergencia que sea mayor que los requisitos del deducible y el coseguro para dichos servicios de emergencia según su plan.

Si, mientras recibe servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, recibe servicios (para los cuales hay beneficios disponibles en su plan) de un proveedor fuera de la red, el proveedor fuera de la red no puede, sin avisar con suficiente antelación y obtener su consentimiento para recibir una factura más alta, realizar lo siguiente:

- facturarle
- responsabilizarlo por cualquier monto de dichos servicios que sea mayor que cualquier requisito del deducible y el coseguro para dichos servicios según su plan.

Puede consultar información adicional sobre sus derechos y protecciones contra la facturación del saldo en nuestro sitio web en www.securityhealth.org/no-surprises-act.

Certificado de cobertura (continuación)

Security Health Plan no garantiza la calidad de los servicios de un proveedor dentro o fuera de la red. Security Health Plan no es responsable del suministro de servicios de ningún proveedor dentro o fuera de la red.

Security Health Plan, en el cumplimiento de sus obligaciones en virtud de la póliza, actúa únicamente como una aseguradora de salud. No actúa como administrador, patrocinador o fideicomisario del plan a los efectos de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA) ni de ninguna otra ley federal o estatal.

Este Certificado no es el contrato del seguro. Es simplemente una prueba del seguro proporcionado en virtud de la Póliza de Seguro Grupal emitida al titular de la póliza grupal. Este Certificado describe los beneficios y otras características de dicho seguro. La ley de Wisconsin rige todas las disposiciones de la póliza. Todos los beneficios se proporcionan de acuerdo con los términos de la póliza.

SECURITY HEALTH PLAN OF WISCONSIN, INC.
1515 NORTH SAINT JOSEPH AVENUE
P.O. BOX 8000
MARSHFIELD, WI 54449-8000
Teléfono de Servicio al Cliente: (800) 472-2363 · 715-221-9555 · TTY: 711 · Fax: 715-221-9500
Correo electrónico: shpcsweb@securityhealth.org
www.securityhealth.org

Comuníquese mediante chat en vivo con un agente de Servicio al Cliente en línea. Debe ser 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.

Descripción general de la cobertura

Security Health Plan certifica que se ha emitido una póliza grupal a su empleador para asegurar a ciertos empleados. Security Health Plan llama al empleador titular de la póliza. Aquellos que reciben Certificados se denominan empleados cubiertos, participantes y miembros. Los dependientes elegibles para el seguro de un empleado que están cubiertos por el plan también se denominan miembros. La póliza grupal es un contrato entre su empleador y Security Health Plan. Security Health Plan proporcionará el seguro descrito aquí bajo los términos de ese contrato. Póngase en contacto con su empleador para revisar la póliza en sí.

La cobertura disponible bajo este plan puede ser para un plan HMO, POS o de indemnización. Cada plan funciona de manera diferente. Su Programa de beneficios proporciona más detalles sobre el tipo de cobertura del plan de salud que tiene.

Si está cubierto por un plan HMO, la cobertura está disponible para usted a través de proveedores dentro de la red. Puede encontrar una lista de nuestros proveedores dentro de la red en nuestro sitio web en www.securityhealth.org/directory. Podrá obtener una copia impresa del Directorio de proveedores si se comunica con el Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan. El proveedor y el centro deben estar dentro de nuestra red.

Los beneficios no están disponibles para los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, excepto en circunstancias muy limitadas. Por ejemplo, es posible que un servicio que busca no esté disponible a través de ningún proveedor dentro de la red de HMO. En esta situación, un proveedor dentro de la red podría remitirle o sugerirle que acuda a un proveedor fuera de la red. Deberá comunicarse con Security Health Plan antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red. Security Health Plan proporcionará una decisión por escrito sobre si se cubrirán los servicios de un proveedor fuera de la red. Si Security Health Plan aprueba esos servicios, Security Health Plan le pagará al proveedor fuera de la red según nuestro programa de tarifas UCR. Eso significa que Security Health Plan le pagará al proveedor fuera de la red lo que le hubiéramos pagado a un proveedor dentro de la red. Cualquier monto no pagado será su responsabilidad.

Si está cubierto por un plan POS, tiene cobertura y beneficios dentro y fuera de la red. El reembolso o beneficio que recibe varía según el proveedor. Usted tiene el costo que paga de su bolsillo más bajo cuando recibe atención de proveedores dentro de la red. Usted tiene costos que paga de su bolsillo más altos cuando usa proveedores fuera de la red. Security Health Plan paga a los proveedores fuera de la red según nuestro programa de tarifas UCR. Eso significa que los costos que paga de su bolsillo probablemente serán más altos para los servicios que reciba de proveedores fuera de la red.

Si está cubierto por un plan de indemnización, puede elegir cualquier proveedor dentro o fuera de la red. Security Health Plan paga a los proveedores fuera de la red según nuestro programa de tarifas UCR. Eso significa que los costos que paga de su bolsillo probablemente serán más altos para los servicios que reciba de proveedores fuera de la red.

Cómo utilizar este Certificado

Debe leer detenida y completamente este Certificado, su Programa de beneficios y cualquier enmienda. Cada disposición está sujeta a todas las demás disposiciones. Es posible que leer solo una o dos disposiciones no le brinde una comprensión clara o completa de su cobertura.

Incluimos las definiciones de los términos mencionados a lo largo de este documento en la Sección XI, titulada “Definiciones”.

Security Health Plan ocasionalmente modificará este Certificado. Cuando eso suceda, Security Health Plan le enviará una nueva enmienda de este Certificado a su empleador para que se la entregue a cada empleado cubierto. Su cobertura cambiará como se describe en la enmienda a partir de su fecha de vigencia.

Este Certificado reemplaza y sustituye todos los Certificados y enmiendas que Security Health Plan le haya emitido anteriormente. Debe guardarlo en un lugar seguro para su referencia.

Gastos cubiertos

Security Health Plan tiene el derecho único y exclusivo de interpretar y aplicar los términos, condiciones, limitaciones, exclusiones y disposiciones de la póliza. Esto incluye determinaciones fácticas en cuanto a si los beneficios son pagaderos. Security Health Plan se reserva el derecho de interpretar, modificar, eliminar o agregar beneficios a nuestra entera discreción sin previo aviso ni su aprobación. Ninguna persona o entidad que no sea Security Health Plan le puede realizar cambios a esta póliza. Consulte también la subsección titulada “Renuncia y cambio” en la Sección VIII.

En ciertas circunstancias, por ahorro de costos o eficiencia, Security Health Plan puede, a nuestro exclusivo criterio, pagar beneficios por servicios no cubiertos por la póliza. Sin embargo, esto no requerirá que Security Health Plan lo haga en ningún otro caso similar o diferente.

Security Health Plan puede hacer arreglos para que varias personas o entidades brinden servicios administrativos, incluido el procesamiento de reclamaciones y la administración de la revisión de utilización. Al aceptar este Certificado, usted se compromete a cooperar enteramente con ellos.

Su plan puede incluir una lista de servicios e instalaciones quirúrgicas que podrían permitir beneficios basados en el valor agregado. Si se brinda una lista en su Programa de beneficios, los costos que paga de su bolsillo serán más bajos para las cirugías enumeradas cuando las reciba en ciertos centros. Aunque puede elegir cualquier proveedor quirúrgico, el reembolso del plan se limitará a lo que Security Health Plan habría pagado a esos centros designados. Consulte su Programa de beneficios para obtener más información. Los términos de este programa se enumerarán en nuestro sitio web en www.securityhealth.org/members y se comunicarán a través de los materiales de la membresía.

CONTENIDOS

SECCIÓN I: DÓNDE PUEDEN RECIBIR ATENCIÓN LOS MIEMBROS 6
SECCIÓN II: CÓMO INSCRIBIRSE EN NUESTRO PLAN 8
SECCIÓN III: AUTORIZACIÓN PREVIA 12
SECCIÓN IV: BENEFICIOS PARA LOS MIEMBROS 14
SECCIÓN V: EXCLUSIONES GENERALES: LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO 31
SECCIÓN VI: CUANDO LOS MIEMBROS TIENEN MÁS DE UN PLAN 35
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 SERVICIOS DE NO DISCRIMINACIÓN/DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS 50
SECCIÓN X: CÓMO SECURITY HEALTH PLAN PROTEGE SU PRIVACIDAD 51
SECCIÓN XI: DEFINICIONES 58

SECCIÓN I: DÓNDE PUEDEN RECIBIR ATENCIÓN LOS MIEMBROS

Security Health Plan es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que atiende a los residentes de ciertos condados de Wisconsin. Security Health Plan paga por la atención según el tipo de cobertura que tenga. Consulte su Programa de beneficios para saber qué tipo de cobertura tiene.

Cobertura HMO

Si está cubierto por un plan HMO, puede recibir atención de proveedores dentro de la red. El proveedor y el centro deben estar dentro de nuestra red. Los beneficios no están disponibles para los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, excepto en circunstancias muy limitadas. Por ejemplo, es posible que un servicio que busca no esté disponible a través de ningún proveedor dentro de la red de HMO. En esta situación, un proveedor dentro de la red podría remitirle o sugerirle que acuda a un proveedor fuera de la red. Deberá comunicarse con Security Health Plan antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red. Security Health Plan proporcionará una decisión por escrito sobre si se cubrirán los servicios de un proveedor fuera de la red. Si Security Health Plan aprueba esos servicios, Security Health Plan le pagará al proveedor fuera de la red según nuestro programa de tarifas UCR. Eso significa que Security Health Plan le pagará al proveedor fuera de la red lo que le hubiéramos pagado a un proveedor dentro de la red. Cualquier monto no pagado será su responsabilidad.

Cobertura POS

Si está cubierto por un plan POS, tiene cobertura y beneficios dentro y fuera de la red. El reembolso o beneficio que recibe varía según el proveedor. Usted tiene el costo que paga de su bolsillo más bajo cuando recibe atención de proveedores dentro de la red. Usted tiene costos que paga de su bolsillo más altos cuando usa proveedores fuera de la red. Security Health Plan paga a los proveedores fuera de la red según nuestro programa de tarifas UCR. Eso significa que los costos que paga de su bolsillo probablemente serán más altos para los servicios que reciba de proveedores fuera de la red.

Cobertura de indemnización

Si está cubierto por un plan de indemnización, puede optar por recibir atención de cualquier proveedor dentro o fuera de la red sin una remisión o autorización previa. Security Health Plan paga a los proveedores fuera de la red según nuestro programa de tarifas UCR. Eso significa que los costos que paga de su bolsillo probablemente serán más altos para los servicios que reciba de proveedores fuera de la red.

Puede encontrar nuestro Directorio de proveedores más reciente en nuestro sitio web en http://www.securityhealth.org/directory. Podrá obtener una copia impresa del Directorio de proveedores si se comunica con el Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan.

Cómo recibir servicios de proveedores fuera de la red

A menos que su plan de salud, como se especifica en su Programa de beneficios, brinde acceso a proveedores o servicios fuera de la red para atención de emergencia o urgencia, los servicios brindados por proveedores fuera de la red no están cubiertos por Security Health Plan. La cobertura POS y de indemnización tienen acceso a proveedores fuera de la red sin remisión ni autorización previa. Sin embargo, hay servicios que requieren autorización previa y es responsabilidad del miembro o proveedor solicitar la autorización previa. Es posible que un proveedor fuera de la red deba pagar los beneficios por los servicios si Security Health Plan determina que el servicio no está disponible por ningún proveedor dentro de la red o según lo establecido en su Programa de beneficios. Para solicitar una autorización previa para el pago, pídale a su proveedor que se comunique con Security Health Plan antes de que se brinde el servicio. Con la excepción de los servicios de atención de emergencia o urgencia, Security Health Plan no pagará por un servicio que ya haya sido proporcionado por un proveedor fuera de la red, a menos que se indique lo contrario en el Programa de beneficios de un miembro. Deben cumplirse todos los siguientes criterios para la autorización previa:

- Los servicios no están disponibles de parte de ningún proveedor dentro de la red.
- Los servicios son un beneficio cubierto según la cobertura del miembro.
- Los servicios son médicamente necesarios y apropiados.

Al recibir autorización previa para un servicio de un proveedor fuera de la red, la autorización previa indicará lo siguiente:

- El tipo o alcance de la evaluación o tratamiento autorizado
- El número de visitas autorizadas
- El período durante el cual la autorización previa es válida
- La ubicación de los servicios.

Los servicios adicionales recomendados y recibidos de un proveedor fuera de la red no están cubiertos a menos que se otorgue una autorización previa.

El reembolso de los beneficios fuera de la red se limita a los cargos de UCR para servicios rentables. Estos están sujetos a los montos del deducible, coseguro y copago aplicables. Si un cargo es más alto que nuestro programa de tarifas UCR, puede pagar menos que el monto facturado. Deberá pagar cualquier cargo adicional más allá de las tarifas UCR, además de los montos del deducible, coseguro y copago.

Cuando los servicios se reciben fuera del país, usted debe traducir todos los documentos al inglés y convertir los montos en moneda extranjera a dólares estadounidenses a su cargo antes de presentar una reclamación a Security Health Plan.

Security Health Plan requiere un estado de cuenta detallado de los servicios y un recibo pagado en inglés, junto con el tipo de cambio de moneda en el momento en que se recibieron los servicios. El miembro puede enviar esta información por correo electrónico a rf.shpmain@securityhealth.org, por fax al 715-221-9980 o correo postal a Security Health Plan, Attn: Claims, P.O. Box 8000, Marshfield, WI 54449.



Recuerde: A excepción de la atención de emergencia o urgencia, una recomendación o remisión de un proveedor dentro de la red para recibir servicios de un proveedor fuera de la red no está cubierta a menos que Security Health Plan lo autorice y apruebe previamente o se indique lo contrario en el Programa de beneficios de un miembro. Pídale a su proveedor que se comunique con Security Health Plan al 1-800-472-2363 antes de recibir servicios que no sean de emergencia o que no sean urgentes de proveedores fuera de la red. Para obtener una lista de proveedores dentro de la red, deberá visitar www.securityhealth.org/directory o comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan al 1-800-472-2363.

SECCIÓN II: CÓMO INSCRIBIRSE EN NUESTRO PLAN

Inscripción a nuestro plan

Hable con su empleador sobre las reglas y pautas de su empleador para inscribirse en nuestro plan. Su empleador puede establecer un período de espera de hasta 90 días después de su fecha de contratación o la fecha en que sea elegible antes de asegurarlo. Su empleador debe notificar a Security Health Plan de su inscripción de manera oportuna para asegurar la cobertura. Es mejor recibirlo antes de la fecha de vigencia de la cobertura, pero debe recibirse a más tardar el último día de su primer mes de cobertura. Su fecha de vigencia se basará en el período de espera establecido por su empleador.

Quién es elegible para la cobertura

A nadie se le puede negar la cobertura debido a una afección médica. Un empleado elegible es una persona que:

- Es ciudadano de los Estados Unidos o extranjero legal residente, o vive en los Estados Unidos con una visa de trabajo válida
- Aparece en los registros habituales de nómina del titular de la póliza grupal (se excluye a los empleados que trabajan de forma temporal o sustituta) y tiene registrado con el titular de la póliza grupal un formulario de impuestos W-4 completo

Un empleado es elegible para la cobertura si:

- Ha comenzado a trabajar para el titular de la póliza grupal.
- Está empleado activamente en la fecha de vigencia de su cobertura.

Las personas elegibles para la cobertura de Security Health Plan incluyen:

- Participantes: Un participante es el empleado que trabaja para el titular de la póliza.
- Dependientes: una persona que depende de otra persona para obtener la cobertura de atención médica. Un dependiente suele ser el cónyuge o los hijos del participante. Los hijos elegibles deben ser menores de 26 años o cualquier otra edad que se indique en el Programa de beneficios del empleado cubierto y no estar en servicio activo en el servicio militar, incluida la Guardia Nacional o las reservas.
- Hijo: El pupilo de un participante, un hijo natural, un hijo adoptivo, un hijastro o un hijo dado en adopción a un participante. Un hijo natural de un hijo dependiente es elegible para la cobertura a través de un participante hasta que el hijo dependiente cumpla 18 años.
- Miembro: una persona cubierta o dependiente inscrito para la cobertura de Security Health Plan.

Cobertura para extensión militar, hijo adulto dependiente

Un hijo dependiente que supere el límite de edad que se muestra en el Programa de beneficios del participante puede permanecer asegurado como dependiente si cumple con todos los siguientes requisitos:

- Llamado al servicio activo federal en la Guardia Nacional o en un componente de reserva de las fuerzas armadas de los Estados Unidos siendo menor de 27 años.
- Asistir a una institución de educación superior a tiempo completo cuando se le llama al servicio activo.
- Perdió la cobertura porque ya no es un estudiante a tiempo completo.
- Se inscribe en una institución de educación superior como estudiante a tiempo completo dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que el hijo ha cumplido con su obligación de servicio activo.

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

En el caso de que un dependiente adulto deje de ser un estudiante a tiempo completo debido a una licencia de ausencia médicamente necesaria, entonces la cobertura debe continuar de acuerdo con la ley existente para la cobertura continua de los estudiantes con licencia médica, y la edad no es un factor que afectaría cuándo termine dicha cobertura continua. La documentación para respaldar la licencia de ausencia médicamente necesaria, conforme a esta sección, se proporcionará a Security Health Plan cuando se solicite.

Cobertura para hijo discapacitado dependiente

Un hijo dependiente que supere el límite de edad que se muestra en el Programa de beneficios del participante puede permanecer asegurado como dependiente si cumple con ciertos requisitos. El niño debe:

- Ser incapaz de mantenerse por sí mismo con un trabajo debido a una discapacidad del desarrollo, una enfermedad mental grave o una discapacidad física, y depender principalmente del empleado para su apoyo y manutención
- Tener dicho estado antes de alcanzar el límite de edad que se muestra en su Programa de beneficios
- Ser un dependiente elegible cubierto

Security Health Plan requiere prueba de la incapacidad y dependencia de un niño dentro de los 31 días posteriores a que el niño alcance la edad límite. Usted debe proporcionar esta prueba cuando se lo solicite, pero no más de una vez al año después de los dos primeros años después de que el niño alcance la edad límite.

Para que la cobertura continúe, debe notificar al Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan antes de que el dependiente alcance el límite de edad que se muestra en su Programa de beneficios.

Cuándo inscribirse y cuándo comienza la cobertura



Asegúrese de informar a su empleador sobre cualquier cambio significativo en su vida. Si no informa los cambios que afectan su elegibilidad, podría perder la oportunidad de inscribir nuevos dependientes o hacer cambios en el plan según el evento que reúna los requisitos.

Las personas que son elegibles para la cobertura pueden inscribirse en Security Health Plan durante el período de inscripción anual de un empleador o períodos de inscripción especiales para un evento que reúna los requisitos. Su empleador debe notificar a Security Health Plan de su inscripción de manera oportuna. Es mejor recibirlo antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, pero no puede recibirse más de 31 días después de la fecha de vigencia solicitada. Siempre se requiere documentación para validar una adopción. Es posible que también se requiera documentación para otros eventos que reúnan los requisitos. Los ejemplos de eventos que reúnen los requisitos son los siguientes:

- Cambios en el estado civil.
- Nacimiento, adopción o tutela legal de un niño.
- Mudarse o irse del área de servicio.
- Comenzar un empleo.
- Un cambio de empleo que causa la pérdida de la cobertura del seguro de salud grupal.
- Una pérdida de cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños.
- Ser elegible para un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan.

Si usted o un dependiente elegible pierde la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura.

Si usted o un dependiente elegible se vuelve elegible para un subsidio estatal de asistencia para la prima de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños para la cobertura de este plan, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a que usted o sus dependientes sean considerados elegibles para la asistencia.

Cobertura de un recién nacido

Un recién nacido está cubierto de la siguiente manera:

- Si un empleado cubierto tiene cobertura familiar, se proporciona cobertura para su hijo natural recién nacido desde el momento del nacimiento de ese niño. Security Health Plan solicita que el empleado cubierto notifique a su empleador sobre el nacimiento del niño dentro de los 31 días.
- Si el empleado cubierto tiene cobertura individual en el momento del nacimiento del recién nacido, entonces el niño está cubierto desde el momento del nacimiento de ese niño y durante los próximos 60 días. Antes de que finalice el período de 60 días, el empleado cubierto debe notificar a su empleador sobre el nacimiento del niño. Si el empleado cubierto no notifica a su empleador, la cobertura para el niño terminará al final del período de 60 días, a menos que agregue al niño dentro de un año del nacimiento del niño y realice todos los pagos de primas adeudados.

Finalización de la cobertura

- La fecha en que finaliza la póliza del empleador.
- La fecha en que el empleado cubierto ingresa al servicio militar que no sea por servicio de menos de 30 días.
- El día inmediatamente después de que finalice la situación laboral de un empleado cubierto o cualquier otra fecha acordada entre el empleador y Security Health Plan.
- La fecha de fallecimiento del participante, cónyuge, dependiente u otro miembro cubierto por el participante.
- Para el cónyuge de un empleado cubierto, el día en que se divorcia del empleado cubierto.
- Security Health Plan puede cancelar la cobertura de un miembro por fraude, tergiversación o información falsa si el miembro permite que alguien que no está cubierto haga una reclamación. Si un miembro comete fraude para obtener la cobertura, Security Health Plan puede exigirle que reembolse los beneficios que se han pagado en su nombre.

- Security Health Plan puede cancelar la cobertura de un miembro en caso de mala conducta repetida de los miembros o comportamiento abusivo o amenazante hacia el personal de Security Health Plan.

Las solicitudes de terminación deben enviarse de manera oportuna y no deben exceder los 31 días a partir de la última fecha de cobertura permitida.

Extensión de la cobertura

Un hijo dependiente que supere el límite de edad que se muestra en el Programa de beneficios de un empleado cubierto puede permanecer asegurado como dependiente si cumple con ciertos requisitos, si la cobertura familiar del empleado cubierto permanece vigente. El niño debe:

- Ser incapaz de mantenerse por sí mismo con un trabajo debido a una discapacidad del desarrollo, una enfermedad mental grave o una discapacidad física, y depender principalmente del empleado para su apoyo y manutención
- Tener dicho estado antes de alcanzar el límite de edad que se muestra en su Programa de beneficios
- Ser un dependiente elegible cubierto

Security Health Plan debe recibir una prueba por escrito de la incapacidad y dependencia dentro de los 31 días posteriores a que el niño alcance este límite de edad o la cobertura no se extenderá. Security Health Plan requerirá que todos los dependientes discapacitados mayores de edad vuelvan a certificar su condición de discapacitados anualmente para continuar con su cobertura de atención médica como dependientes. El empleado debe notificar inmediatamente a Security Health Plan si dicha incapacidad o dependencia termina. El empleado debe responder a la solicitud de recertificación anual dentro de los 30 días posteriores a la recepción para proporcionar una prueba de la continuación de dicha incapacidad y dependencia.

Para solicitar una extensión de cobertura, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan.

Continuación del privilegio de cobertura

Continuación del estado de Wisconsin (para empleadores con menos de 20 empleados)

En ciertos casos, es posible que usted sea elegible según la ley de Wisconsin para continuar con la cobertura. Las personas elegibles para la continuación de la cobertura son las siguientes:

- Un empleado que ya no es elegible para la cobertura a través del titular de la póliza, excepto si su empleo se termina por mala conducta
- El cónyuge o dependiente de un empleado que ya no es elegible para la cobertura debido a un divorcio, anulación o la muerte del participante

En cualquier caso, el miembro debe haber estado cubierto por la cobertura continua durante al menos tres meses inmediatamente antes de la fecha de finalización de la cobertura.

El titular de la póliza debe notificar al miembro de lo siguiente dentro de los cinco días posteriores a la recepción del aviso para cancelar la cobertura del miembro:

- La opción del miembro de continuar con la cobertura en virtud de esta subsección o convertir la cobertura según lo dispuesto en el “Privilegio de la póliza de conversión”
- El monto de la prima que el miembro debe pagar mensualmente para continuar con la cobertura o para comprar la póliza individual de conversión de gastos médicos de Security Health Plan que podría estar disponible bajo el “Privilegio de la póliza de conversión”
- La forma, el plazo y el lugar de los pagos de las primas deben realizarse y exigirse para la continuación de la cobertura

Si es elegible para la continuación de la cobertura según la ley de Wisconsin, debe elegir dicha cobertura. También debe pagar la prima requerida dentro de los 30 días posteriores a la recepción del aviso descrito anteriormente al titular de la póliza. Luego, el titular de la póliza debe notificar a Security Health Plan de su elección tan pronto como sea razonablemente posible de la manera requerida por Security Health Plan.

Su continuación de la cobertura puede continuar hasta la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que se vuelve elegible para otra cobertura de atención médica grupal similar o la misma cobertura bajo la póliza.
- Para el excónyuge del participante, la fecha en que el participante cubierto ya no es elegible para la cobertura de la póliza.
- La fecha en que el miembro se muda fuera de Wisconsin.
- La fecha de finalización de la póliza.
- El final del último período de cobertura por el cual el participante pagó la prima requerida.
- El final del período máximo de cobertura indicado en la documentación que recibirá después de elegir la continuación de la cobertura.

Si ocurre cualquiera de estos tres primeros eventos, el participante debe notificar al titular de la póliza y a Security Health Plan, por escrito, tan pronto como sea razonablemente posible.

El miembro puede cambiar a una póliza de conversión individual de Security Health Plan cuando finalice la continuación de la cobertura, a menos que el miembro no haya pagado la prima requerida.

La conversión a la cobertura de indemnización solo está disponible si el miembro tenía cobertura de indemnización en virtud de la póliza grupal. Consulte el “Privilegio de la póliza de conversión”.

Continuación de COBRA federal (para empleadores con una capacidad de 20 o más)

Si ya no es elegible para la cobertura de la póliza, por ejemplo, si su trabajo termina, si es un hijo dependiente o un cónyuge divorciado o sobreviviente y sus hijos, puede ser elegible para la continuación de la cobertura de acuerdo con la Ley Federal Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1986, según su enmienda. Para obtener más información sobre la elegibilidad para la continuación de la cobertura de COBRA, hable con el titular de la póliza.

Debe comunicarse con el titular de la póliza dentro de los 60 días posteriores a un divorcio o a que un niño pierda el estado de dependiente bajo la póliza para ser elegible para la continuación de COBRA. Security Health Plan no es responsable de ninguna extensión de la cobertura que resulte de las acciones o errores del titular de la póliza o del miembro.

Si un empleado cubierto deja su trabajo para el servicio militar, es posible que pueda optar por continuar su cobertura para sí mismo y sus dependientes hasta por 24 meses mientras esté en el servicio militar. Para obtener más información sobre la elegibilidad para la continuación de la cobertura bajo la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA), hable con el titular de la póliza.

La cobertura disponible en virtud de estas leyes es la misma que tenía el miembro anteriormente.

SECCIÓN III: AUTORIZACIÓN PREVIA

Para ser elegible para la cobertura, hay ciertos servicios médicos, equipos médicos duraderos y medicamentos con receta para los cuales 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 obtener una lista de servicios médicos, equipos médicos duraderos, medicamentos de beneficios médicos y medicamentos con receta para los que se requiere autorización previa, visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization o llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (800) 472-2363.

Tipos de solicitudes

Hay tres categorías de solicitudes que se pueden hacer en este plan. La principal diferencia entre estas categorías es el plazo para la determinación y la apelación. Es muy importante seguir los requisitos que se aplican a su tipo de solicitud.

Las tres categorías de solicitudes de autorización son las siguientes:

1. **Solicitud previa al servicio:** Estos son servicios o artículos que necesitan aprobación antes de recibirlos. Si el plan requiere aprobación antes de recibir atención médica, se trata de una autorización previa al servicio, a menos que sea urgente.
2. **Solicitud urgente previa al servicio:** Este es un tipo especial de solicitud previa al servicio para atención de urgencia. Si un proveedor cree que, sin atención urgente, su vida, su salud o su capacidad de recuperación podrían estar en grave riesgo, se trata de una solicitud urgente previa al servicio
3. **Solicitud de atención concurrente urgente:** Esto sucede cuando el plan aprueba el tratamiento continuo durante un tiempo determinado o una cantidad determinada de tratamientos. Existen dos tipos:
    - Cuando el plan revisa y finaliza el tiempo o número de tratamientos previamente aprobados.
    - Cuando usted solicita una extensión superior al tiempo de tratamiento aprobado originalmente o la cantidad de tratamientos.

Cómo solicitar una autorización previa para servicios médicos y medicamentos de beneficios médicos

Su proveedor debe iniciar el proceso de autorización previa en www.securityhealth.org/providers o comunicándose con nuestra Línea de Asistencia para Proveedores al (800) 548-1224. La asistencia del proveedor puede ayudar a dirigir las solicitudes que van a un proveedor externo para la revisión de la autorización previa.

- Prime Therapeutics Management: medicamentos de beneficios médicos no oncológicos
- Northwood: equipos médicos duraderos (DME)
- eviCore: imágenes de alta calidad (tomografía computarizada [CT], resonancia magnética [MRI], tomografía por emisión de positrones [PET]), imágenes cardíacas y cateterismos, manejo del dolor, servicios musculoesqueléticos (servicios de cirugía)
- Eviti: servicios de oncología, incluidos quimioterapia y radioterapia

Si su proveedor no puede hacerlo, también puede iniciar el proceso llamando al Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan con la siguiente información:

- El centro al que se lo remite y la ubicación.
- El médico al que se lo remite (nombre y apellido).
- La fecha de la cita.
- Los servicios que se realizarán.

Si se trata de un procedimiento quirúrgico, hable con su proveedor sobre la presentación de los códigos de procedimiento y la documentación clínica para respaldar los servicios solicitados.

Para cualquier autorización previa que esté en proceso, le sugerimos que consulte *My Security Health Plan* en línea en www.securityhealth.org/members para verificar el estado.

Es su responsabilidad asegurarse de que:

- Está viendo a un proveedor dentro de la red, si los servicios están disponibles dentro de la red.
- La solicitud de la autorización previa sea:
    - completada en la consulta con su proveedor.
    - presentada y recibida por Security Health Plan.
    - aprobada por Security Health Plan antes de obtener los servicios de atención médica aplicables, o se puede incurrir en cargos de bolsillo.

Después de revisar la solicitud, se le enviará una respuesta por escrito a usted o al proveedor que presentó la solicitud. La(s) determinación(es) de beneficios se basará(n) en la información disponible en el momento en que se recibió la solicitud.

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

- La persona cubierta para la cual se hizo la solicitud.
- Los servicios de atención médica y la frecuencia especificada en la solicitud y aprobada por Security Health Plan.
- El período de tiempo específico y la ubicación del servicio aprobados por Security Health Plan según lo especificado en la carta de aprobación.

Security Health Plan deberá presentar y revisar una nueva solicitud de autorización previa si usted cambia el plan en el que está inscrito después de que se haya aprobado su solicitud.

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

Usted, su farmacia o su proveedor 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 cualquier autorización previa que esté en proceso, le sugerimos que consulte *My Security Health Plan* en línea en www.securityhealth.org/members para verificar el estado.

Es su responsabilidad asegurarse de que la solicitud de autorización previa sea:

- obtenida y completada en la consulta con su proveedor
- presentada y recibida por Security Health Plan
- aprobada por Security Health Plan antes de obtener los medicamentos con receta correspondientes

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

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

- La persona cubierta para la cual se hizo la solicitud
- La información sobre el medicamento con receta, la dosis y la duración especificada en la solicitud y aprobada por Security Health Plan

Security Health Plan deberá presentar y revisar una nueva solicitud de autorización previa si usted cambia el plan en el que está inscrito después de que se haya aprobado su solicitud.

Consecuencias de no obtener una autorización previa

El incumplimiento del proceso de autorización previa descrito en esta subsección dará lugar a que no se paguen beneficios en virtud de 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 beneficios médicos y medicamentos con receta requieren autorización previa. La atención de urgencia y emergencia no requieren autorización previa.

Notificación de la decisión inicial sobre los beneficios por parte del plan

Solicitud de atención previa al servicio, urgente y no urgente: Security Health Plan notificará por escrito la decisión sobre una solicitud de atención previa al servicio, urgente y no urgente, ya sea que la decisión se apruebe o se deniegue.

Notificación de la decisión de denegación: Si Security Health Plan toma una decisión negativa sobre cualquier tipo de solicitud, Security Health Plan le enviará una notificación por escrito. Este aviso será fácil de entender e incluirá:

- La descripción de los servicios solicitados.
- Los motivos de la decisión de la denegación.
- Las referencias a las disposiciones específicas del Certificado en las que se basa la decisión.
- Los procedimientos y plazos para apelar la decisión y el derecho de los miembros a una revisión externa.
- Cualquier criterio interno, incluido el juicio científico o clínico, utilizado para tomar la decisión se proporcionará de forma gratuita si se solicita.

SECCIÓN IV: BENEFICIOS PARA LOS MIEMBROS

Security Health Plan brindará cobertura para lo que determinemos que son servicios médicamente necesarios para los miembros mientras su cobertura esté vigente. Los beneficios se pagan solo por los servicios cubiertos que se reciben de un proveedor dentro de la red, salvo que se indique específicamente lo contrario en este Certificado o en el Programa de beneficios de un miembro. Los proveedores dentro de la red se enumeran en el Directorio de proveedores en www.securityhealth.org/directory.

Incluso si un proveedor dentro de la red ha referido a un miembro a otro proveedor, los beneficios solo se pagarán por los servicios de ese proveedor si ese proveedor es un proveedor dentro de la red o si el pago está autorizado en virtud de este Certificado o del Programa de beneficios de un miembro.



Los miembros deben comunicarse con Security Health Plan antes de recibir un servicio para determinar si Security Health Plan brindará cobertura. Por lo general, los miembros de HMO deben usar proveedores dentro de la red, a menos que Security Health Plan lo autorice previamente o a menos que se indique lo contrario en el Programa de beneficios de un miembro. Los servicios que no sean de emergencia y no urgentes de un proveedor fuera de la red no están cubiertos a menos que sean un gasto cubierto como se describe en esta sección o a menos que un miembro tenga cobertura, como se describe en el Programa de beneficios que brinda acceso a proveedores fuera de la red. De lo contrario, un proveedor dentro de la red debe proporcionar a Security Health Plan una remisión por escrito, y Security Health Plan debe aprobar la autorización previa de remisión antes de que un proveedor fuera de la red proporcione los servicios.

Security Health Plan no siempre considera que un servicio es médicamente necesario ni garantiza la cobertura cuando un proveedor ha recetado, ordenado, recomendado o aprobado un tratamiento, servicio o suministro, o ha informado a un miembro de su disponibilidad.

Los servicios médicos, los suministros y el tratamiento son gastos cubiertos cuando son:

- Incurridos mientras la cobertura de un miembro está vigente
- Recibidos de un proveedor dentro de la red, servicios que no son de emergencia prestados en un centro dentro de la red proporcionados por un proveedor fuera de la red
- Recibidos de un proveedor fuera de la red, pero solo con autorización previa
- Recibidos de un proveedor fuera de la red para atención de emergencia o urgencia
- Enumerados como un gasto cubierto en este Certificado
- Consistentes con el Programa de beneficios del miembro
- Médicamente necesarios

Visite www.securityhealth.org/authorization para obtener una lista de los servicios o los artículos que requieren autorizaciones previas.

Su proveedor debe iniciar el proceso de autorización previa en www.securityhealth.org/providers o comunicándose con nuestra Línea de Asistencia para Proveedores al (800) 548-1224.

En ciertas circunstancias, con el fin de ahorrar costos o eficiencia general, Security Health Plan puede, a nuestra discreción, ofrecer beneficios para servicios que de otro modo no serían servicios de salud cubiertos. El hecho de que lo hagamos en un caso particular no se considerará de ninguna manera como un requisito para que Security Health Plan lo haga en otros casos similares.

Servicios de ambulancia y transporte que no sea ambulancia

Con cobertura

- Servicios profesionales de ambulancia aérea y terrestre con licencia para atención médica de emergencia y transporte al hospital más cercano donde esté disponible la atención médica adecuada
- Servicios profesionales de ambulancia aérea y terrestre con licencia que brindan transporte a un hospital que ofrece atención que no está disponible en el hospital original
- Si un miembro rechaza el transporte en ambulancia en caso de un evento glucémico, convulsiones o síntomas de dificultad respiratoria que se estabilizan, los servicios de ambulancia aún estarían cubiertos

Sin cobertura

- Transporte en ambulancia a un hogar o a un entorno para pacientes externos
- Transporte en camioneta médica
- Servicios de primeros auxilios y servicios de rescate
- Transporte de un centro de cuidados agudos a 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

Limitaciones
Se requiere autorización previa para los servicios que no sean de emergencia.

Servicios de anestesia

Con cobertura
Los servicios de anestesia relacionados con servicios quirúrgicos, de maternidad u otros servicios que están cubiertos por este plan para el tratamiento de enfermedades o lesiones están cubiertos.

Limitaciones
La cobertura solo se aplica a los servicios prestados en virtud de este plan.

Trastornos del espectro autista

Con cobertura
- Servicios intensivos médicamente necesarios realizados en un entorno para pacientes externos por un proveedor de salud, profesional, terapeuta o paraprofesional calificado
- Servicios no intensivos médicamente necesarios realizados en un entorno para pacientes externos por un proveedor de salud, profesional, terapeuta o paraprofesional calificado

Sin cobertura
No se cubren los siguientes servicios para trastornos del espectro autista:
- Entrenamiento de integración auditiva (estimulación sensorial para mejorar los procesos cerebrales)
- Terapia de quelación (eliminación de metales pesados del cuerpo)
- Cuidado asistencial o paliativo
- Terapia de oxigenación hiperbárica
- Dietas especiales o suplementos
- Tratamientos ofrecidos en las escuelas que no están relacionados con los objetivos del plan de tratamiento
- Terapia, tratamiento o servicios cuando se proporcionan a un miembro que reside en un centro de tratamiento residencial, un centro de tratamiento para pacientes internados o un centro de tratamiento diurno
- Tratamiento de padres o tutores legales que de otra manera son proveedores calificados, proveedores supervisores, terapeutas, profesionales o paraprofesionales cuando el tratamiento se brinda a sus propios hijos

Rehabilitación cardíaca

Con cobertura
- Los servicios de la Fase I (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 un evento cardíaco o cualquier evento cardíaco para el cual la rehabilitación cardíaca sea apropiada.

Sin cobertura
Los servicios de rehabilitación cardíaca más allá de la Fase II no están cubiertos.

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

Servicios de quiropráctica

Con cobertura
- Los servicios para tratar afecciones musculoesqueléticas agudas mediante terapia de manipulación manual están cubiertos. Los servicios de diagnóstico se limitan a la radiología médicamente necesaria. El tratamiento se limita a afecciones relacionadas con la columna vertebral o las articulaciones.
- La punción seca realizada por un proveedor autorizado está cubierta.

Sin cobertura
Security Health Plan no brindará cobertura para lo siguiente:
- Análisis contourográfico muaré

- Análisis de medición radiográfica computarizada para evaluar la desalineación de la columna vertebral
- Atención quiropráctica de mantenimiento
- Dispositivos de ajuste de la columna vertebral (por ejemplo, ProAdjuster, PulStarFRAS, Activator)
- Electromiografía (EMG) paraespinal o EMG de superficie: Espinoscopia
- Ingeniería biomecánica aplicada de la columna vertebral
- Integración biogeométrica
- Iontoforesis
- Liberación miofascial
- Manipulación con anestesia
- Manipulación craneal
- Manipulación para cólicos de bebés
- Manipulación para trastornos internos (no neuromusculoesqueléticos) (kinesiología aplicada)
- Manipulación para traumatismos durante el nacimiento
- Movimiento terapéutico activo (ATM2)
- Neurocalómetro o nervoscopio
- Pruebas de rendimiento físico
- Radiografía de movimiento digital
- Técnica Atlas Orthogonal
- Técnica de biofísica quiropráctica
- Técnica de Blair
- Técnica de fijación por estrés meníngeo del cóccix
- Técnica de liberación activa
- Técnica de organización neuronal
- Técnica de red
- Técnica de sincronización bioenergética
- Técnica de Upledger y terapia craneosacral
- Técnica de Webster (para bebés en posición podálica)
- Técnica de Whitcomb
- Técnica direccional no forzada
- Técnica específica de Koren
- Técnica neuroemocional
- Terapia infrarroja
- Termografía

Limitaciones
Consulte el Programa de beneficios para conocer los límites en la cantidad de servicios cubiertos de punción seca.

Ensayos clínicos

Un ensayo clínico calificado significa cualquier fase de un ensayo clínico que se lleva a cabo en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal y que se describe en cualquiera de los siguientes:

- El estudio o la investigación se aprueba o financia (incluida la financiación a través de contribuciones en especie) por una o más de las siguientes entidades:
    - Los Institutos Nacionales de la Salud
    - Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
    - La Agencia para la Calidad y la Investigación de la Atención Médica
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
    - Cualquier grupo o centro cooperativo de cualquiera de las cuatro entidades anteriores, el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos
    - Una entidad de investigación no gubernamental aprobada e identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de la Salud para subsidios de apoyo a centros
    - El Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Defensa o el Departamento de Energía, pero solo si el estudio o investigación ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de revisión de pares que el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos determine que es comparable al sistema de revisión de pares de estudios e investigaciones utilizado por los Institutos Nacionales de Salud; y si dicho secretario garantiza una revisión imparcial de los estándares científicos más altos por parte de personas calificadas que no tienen interés en el resultado de la revisión

- El estudio o la investigación se lleva a cabo en el marco de una solicitud de investigación de un nuevo medicamento por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos
- El estudio o la investigación es un ensayo clínico de medicamentos que está exento de contar con una solicitud de nuevo medicamento en investigación

Con cobertura
Los costos de atención de rutina al paciente incurridos durante la participación en un ensayo clínico calificado están cubiertos si se cumple lo siguiente:
- Los artículos, los servicios y los medicamentos recetados se proporcionan en relación con un ensayo clínico calificado
- Usted proporciona información médica y científica que establezca que su participación en el ensayo clínico calificado es adecuada de acuerdo con el protocolo del ensayo en relación con el tratamiento contra el cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal

Sin cobertura
La atención de rutina al paciente no incluye los siguientes productos y servicios ni está cubierta por los ensayos clínicos:
- El artículo, el dispositivo, el medicamento o el servicio en investigación en sí
- Los artículos y los servicios que se brinden solo para satisfacer las necesidades de recolección y análisis de datos y que no se utilicen en el manejo clínico directo

Limitaciones
Los servicios relacionados con ensayos clínicos requieren autorización previa. Visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization para obtener una lista de los servicios o los artículos que requieren autorizaciones previas.

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos

Con cobertura
- Medicamentos o dispositivos anticonceptivos recetados por un proveedor
- Consultas, exámenes, procedimientos y servicios médicos ambulatorios que sean necesarios para recetar, administrar, mantener o dejar de administrar un anticonceptivo

Limitaciones
- Los medicamentos anticonceptivos genéricos recetados están cubiertos al 100%. Los anticonceptivos de marca están cubiertos al 100% cuando no hay genéricos disponibles. Si se receta un medicamento con receta de marca cubierto, para el cual hay disponible un equivalente genérico, o un medicamento con receta genérico, la receta se completará con la versión genérica. Si recibe el medicamento con receta de marca, será responsable del copago y coseguro que se aplica al medicamento con receta de marca más un 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 contará para el límite de gastos de bolsillo.
- Los anticonceptivos de venta libre, incluidas las píldoras anticonceptivas, no están cubiertos a menos que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos y recetados por un proveedor.
- La píldora del día después no está cubierta a menos que se recete por un proveedor.

Servicios cosméticos y procedimientos reconstructivos

Con cobertura
- Procedimientos reconstructivos cuando el propósito principal del procedimiento es cualquiera de los siguientes:
  - Tratamiento de una afección médica
  - Mejora o restauración de la función fisiológica
- Reconstrucción mamaria después de una mastectomía cubierta, incluida la reconstrucción de la mama en la que se realizó la cirugía, así como la reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia razonablemente simétrica, según lo determine Security Health Plan; la reconstrucción mamaria incluye los implantes mamarios iniciales y de reemplazo después de una mastectomía
- Tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de una mastectomía
- Servicios para corregir un defecto congénito que causa deterioro funcional en un niño inscrito
- Procedimientos reconstructivos cuando la cobertura es médicamente necesaria o la requiere la ley

Sin cobertura
Servicios cosméticos según lo determine Security Health Plan, incluidos, entre otros, los siguientes:
- Cualquier procedimiento que se lleve a cabo principalmente para mejorar la apariencia física

- Servicios y procedimientos para mejorar la autoestima del paciente, su bienestar personal o para tratar problemas o trastornos emocionales
- Servicios y procedimientos prestados en relación con complicaciones de servicios o procedimientos cosméticos, o que sean resultado o deriven de ellos
- Procedimientos de eliminación o revisión de cicatrices o tatuajes
- Procedimientos de abrasión de la piel realizados como tratamientos para el acné
- Liposucción o eliminación de depósitos de grasa
- Tratamientos para las arañas vasculares
- Depilación o implantes capilares
- Escisión o eliminación de la piel colgante en cualquier parte del cuerpo
- Tratamiento quirúrgico de la sudoración excesiva (hiperhidrosis)
- Extracción o reemplazo de un implante mamario existente si el implante mamario anterior se realizó como un procedimiento cosmético.
- Crioterapia o CoolSculpting
- Tratamiento quirúrgico para tratar el linfedema, que se considera experimental o en investigación

Limitaciones

- Los servicios relacionados con los servicios cosméticos y los procedimientos reconstructivos requieren autorización previa. Visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization para obtener una lista de los servicios o los artículos que requieren autorizaciones previas.
- El descamado o la exfoliación química solo están cubiertos para la queratosis actínica.
- La dermoabrasión solo está cubierta para la queratosis actínica, la dermatitis perioral, el rinofima, el carcinoma de células basales, el carcinoma *in situ* y otras lesiones cutáneas premalignas, según lo determine Security Health Plan.

Atención dental y servicios bucales

Con cobertura

- Servicios dentales 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), incluidos los servicios de terapia con placas intrabucales con receta
- Servicios quirúrgicos dentales y bucales
    - Servicios de cirugía oral para muelas de juicio retenidas.
    - Servicios de cirugía oral para tratar la raíz de un diente sin la extracción de todo el diente, excluido el tratamiento de conducto.
    - Servicios de cirugía oral para los tejidos de la boca cuando no se realizan en relación con la extracción o el arreglo de dientes.
    - Ortodoncia, implantes dentales y tratamiento de cirugía oral relacionada con labio y paladar hendido para un hijo dependiente.
    - Cirugía ortognática (consulte las limitaciones).
    - Servicios dentales relacionados con accidentes para tratar una lesión y arreglar (no reemplazar) dientes sanos y naturales (consulte las limitaciones). Un diente sano y natural no tiene un tratamiento restaurador ni una enfermedad previa a la lesión. Por ejemplo, un diente sin coronas, tratamientos de conducto, enfermedad periodontal ni fracturas, es decir, un diente que no necesita tratamiento por ningún motivo que no sea la lesión accidental.
    - Servicios de anestesia general y de centros médicos relacionados con la atención dental y realizados en un hospital o centro de cirugía ambulatoria si se da alguna de las siguientes condiciones:
        - El miembro tiene una discapacidad crónica que cumple con las condiciones del estatuto de Wisconsin.
        - El miembro tiene una afección médica que requiere hospitalización o anestesia general para recibir atención dental.
        - El miembro es un niño menor de 5 años.

Sin cobertura

- Exposición o extracción de dientes que no sea la extracción de muelas del juicio retenidas
- Arreglo o reemplazo de coronas, puentes, dentaduras postizas e implantes
- Servicios dentales preventivos y de diagnóstico de rutina, incluidos los servicios dentales pediátricos
- Dentaduras postizas y los servicios de preparación para dichas dentaduras
- Puentes
- Implantes dentales y servicios relacionados
- Blanqueamiento de dientes

- Carillas
- Servicios requeridos debido a daños no accidentales en los dientes, como los que ocurren como resultado de las actividades normales de la vida diaria o el uso inadecuado de los dientes
- Ortodoncia electiva, cosmética, periodoncia o atención dental general no relacionada con el tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ)
- Otros procedimientos o tratamientos dentales, ya sea que sean necesarios debido a un problema dental primario o como una manifestación de un tratamiento médico o enfermedad

Limitaciones

- La extracción dental puede tener cobertura cuando la realiza un cirujano oral y se considera médicamente necesaria como parte integral del tratamiento de otra afección cubierta.
- La extracción de dientes puede estar cubierta si se considera médicamente necesaria como parte de la preparación para el tratamiento de radiación para tratar el cáncer que involucra la mandíbula.
- Los servicios para reparar los daños causados por lesiones accidentales deben comenzar dentro de los tres meses posteriores al accidente, a menos que existan circunstancias atenuantes, como hospitalización prolongada o presencia de alambres de fijación para el cuidado de la fractura; y completarse dentro de los 12 meses posteriores al accidente, a menos que existan circunstancias atenuantes.
- El dispositivo para la TMJ se limita a uno cada dos años.
- La intervención radiológica se limita a un servicio para el diagnóstico de la TMJ.
- Consulte su Programa de beneficios para conocer los límites en la cantidad de consultas para la TMJ.
- La cirugía ortognática tiene cobertura para una anomalía física que impide el funcionamiento normal de la mandíbula superior o inferior y es médicamente necesaria para lograr la capacidad funcional de la parte afectada, incluida la anomalía esquelética, la lesión traumática aguda, la dislocación, el cáncer, la TMJ o la apnea del sueño grave.

Servicios para la diabetes

El equipo médico duradero aprobado para entregarse en una farmacia dentro de la red estará sujeto al costo compartido del beneficio de farmacia.

Con cobertura

- La instalación y el uso de una bomba de infusión de insulina, y todos los demás equipos y suministros, incluida la insulina y otros medicamentos con receta, utilizados en el tratamiento de la diabetes
- Suministros con receta para la diabetes entregados por farmacias dentro de la red
- Programas de educación sobre la diabetes recetados por el proveedor

Limitaciones

- Los servicios relacionados con el equipo médico duradero para la diabetes requieren autorización previa. Visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization para obtener una lista de los servicios o los artículos que requieren autorizaciones previas.
- La compra de una bomba tradicional (no adherida) 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.

Equipos médicos duraderos, prótesis, dispositivos ortopédicos y suministros médicos

Se considera equipo médico duradero si se cumple lo siguiente:

- Se indica por un médico para uso ambulatorio, principalmente en el hogar
- Se utiliza con fines médicos
- No es consumible ni desechable, excepto cuando sea necesario por razones de salud
- No es útil para una persona que no tiene una enfermedad o discapacidad

Entre algunos ejemplos de equipos médicos duraderos se incluyen los siguientes:

- Equipo para ayudar a la movilidad, como una silla de ruedas estándar
- Una cama estándar como las de hospital
- Oxígeno y el alquiler de equipos para administrar oxígeno (incluidos tubos, conectores y máscaras)
- Bombas para alimentación por sonda, incluidos tubos y conectores
- Aparatos ortopédicos para tratar la curvatura de la columna vertebral y aparatos ortopédicos para estabilizar una parte del cuerpo lesionada, incluidas las modificaciones necesarias en el calzado para adaptar dichos aparatos
- Calzado con plantillas para personas con diabetes
- Equipos mecánicos necesarios para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria crónica o aguda
- Prendas para pacientes con quemaduras

- Bombas de insulina y todos los suministros necesarios relacionados (como se describe en Servicios para la diabetes)

Security Health Plan cubrirá el equipo solicitado que cumpla con las especificaciones mínimas para satisfacer las necesidades funcionales de los miembros. Dicha cobertura está sujeta al deducible, el coseguro y los copagos. El miembro es responsable del costo total del equipo solicitado que alquile o compre y que exceda las especificaciones mínimas.

Con cobertura

- Extractores de leche
- Tratamiento nutricional: Fórmula a base de aminoácidos para bebés de hasta 1 año con intolerancia demostrada a las proteínas de la fórmula, fibrosis quística o trastornos metabólicos de los aminoácidos, los ácidos orgánicos, los ácidos grasos, o trastornos de malabsorción
- Dispositivos protésicos externos que reemplazan una extremidad o una parte externa del cuerpo limitada a piernas, brazos, pies y manos artificiales, ojos, oídos y narices artificiales, prótesis mamarias, y reparación, reemplazo o revisión de prótesis que sean necesarias por el desgaste y uso normales
- Dispositivos ortopédicos que cumplan con los criterios de cobertura de Security Health Plan

Sin cobertura

- Equipos y suministros médicos duraderos que no están en la lista de elegibles
- Otros suministros y dispositivos desechables, excepto los enumerados en esta sección y en la Sección IV en "Cobertura para medicamentos con receta"
- Reparación, reemplazo o revisión de equipos médicos duraderos que funcionen correctamente, debido a, entre otros, pérdidas, daños o robos
- Duplicado de equipos médicos duraderos, incluida la reparación, el reemplazo o la revisión de artículos duplicados
- Equipos médicos duraderos y suministros médicos para la comodidad, la higiene personal, la conveniencia o para afecciones relacionadas con el deporte, por ejemplo, aires acondicionados, purificadores de aire, humidificadores, equipos de acondicionamiento físico, suministros desechables, dispositivos de autoayuda que no sean de naturaleza médica, partes duplicadas de equipos, equipos de lujo o no estándares y equipos de respaldo
- Plantillas para calzado

Limitaciones

- El equipo y los suministros médicos duraderos recetados por un proveedor requieren autorización previa; usted o el proveedor pueden llamar a Northwood, Inc. al 1-866-532-1344 si tienen inquietudes sobre la cobertura o preguntas acerca de los suministros o el DME.
- El miembro es responsable de la diferencia de costo entre el equipo solicitado que Security Health Plan considere adecuado y lo que el miembro alquile o compre si excede las pautas de especificaciones mínimas para satisfacer las necesidades funcionales del miembro.
- Sustitución de dispositivos, excepto después de su vida útil de cinco años, a menos que se especifique lo contrario en este Certificado.
- Extractor de leche: uno por nacimiento.

Servicios de emergencia

Siempre que sea posible, se deben utilizar las salas de emergencia de los hospitales dentro de la red. Si un miembro no puede comunicarse con un proveedor de la red, debe ir al centro médico adecuado más cercano. La atención de emergencia recibida de un proveedor fuera de la red estará cubierta con el mismo nivel de beneficios que los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Si un miembro recibe tratamiento en una sala de emergencias y la afección médica del miembro requiere que sea transportado a otra sala de emergencias, el costo compartido del miembro se aplicará a cada centro de servicio.

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 para obtener una lista de los servicios o los artículos que requieren autorizaciones previas.

Con cobertura

- Servicios de emergencia dentro y fuera de la red
- Servicios profesionales al momento de la consulta en la sala de emergencias con proveedores autorizados
- Servicios de diagnóstico, incluidos servicios de laboratorio y radiología

Sin cobertura
Los medicamentos con receta y los suministros entregados en el hospital en el momento del alta para su uso en el hogar, incluidos los del alta de la consulta de emergencia, no están cubiertos.

Limitaciones
La atención de seguimiento debe brindarse por un proveedor dentro de la red, a menos 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 fertilidad

Con cobertura:
Los servicios para diagnosticar la infertilidad, incluidos los servicios profesionales, hospitalarios y ambulatorios recibidos de un proveedor o bajo la indicación de un proveedor, están cubiertos.

Sin cobertura:
- Medicamentos con receta para la fertilidad o administrados por un proveedor
- Tratamiento para la infertilidad
- Servicios de reproducción asistida que incluyen, entre otros, los siguientes:
    - Fecundación in vitro (IVF).
    - Transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT).
    - Y servicios relacionados o similares, independientemente del motivo o diagnóstico.
- Reversión de la cirugía de esterilización

Servicios de cuidado de los pies

Con cobertura
El cuidado de los pies que incluye el examen y el tratamiento de personas con una enfermedad sistémica, como una enfermedad metabólica, neurológica o vascular periférica, está cubierto.

Servicios de afirmación de género

Los servicios de afirmación de género están cubiertos cuando son proporcionados por un médico o bajo su indicación, cuando se ha confirmado un diagnóstico de disforia de género.

Con cobertura
- Terapia hormonal.
- Procedimientos quirúrgicos de afirmación de género.

Sin cobertura
- Procedimientos cosméticos.
- Medicamentos para la caída o el crecimiento del cabello.
- Medicamentos para el rendimiento sexual.
- Servicios de preservación de la fertilidad que incluyen, entre otros, la preservación de espermatozoides, embriones y ovocitos.
- Reversión de cirugía genital.

Servicios genéticos

Con cobertura
- Pruebas genéticas realizadas en un consultorio u hospital para pacientes externos cuando los resultados de la prueba afectarán directamente las decisiones de tratamiento o la frecuencia de las pruebas de detección de una enfermedad, o cuando los resultados de la prueba afectarán las opciones reproductivas.
- Pruebas genéticas moleculares de especímenes patológicos como tumores, sangre o fluidos corporales.

Sin cobertura:
- Pruebas genéticas que se realizan sin síntomas ni factores de alto riesgo para una enfermedad genética.
- Pruebas genéticas que se realizan cuando el conocimiento del estado genético no afectará las decisiones de tratamiento, la frecuencia de las pruebas de detección de la enfermedad o las opciones reproductivas.
- Pruebas genéticas realizadas en respuesta al comercio directo con el consumidor y no bajo la indicación de un proveedor.

Limitaciones:

Los servicios relacionados con las pruebas genéticas requieren autorización previa. Visite nuestro sitio web en www.securityhealth.org/authorization para obtener una lista de los servicios o los artículos que requieren autorizaciones previas.

Audífonos, dispositivos auditivos implantables y servicios relacionados

Los beneficios están disponibles para un audífono que se compra debido a la receta de un proveedor. Se proporcionan beneficios por audífonos estándares y por los cargos asociados con la adaptación y las pruebas.

Con cobertura

- Audífonos y dispositivos auditivos implantables recetados por un proveedor dentro de la red, un audiólogo autorizado o de acuerdo con los estándares profesionales, médicos y audiológicos aceptados, y que se entreguen por un proveedor de audífonos dentro de la red. Para encontrar un proveedor de audífonos dentro de la red, vaya a www.securityhealth.org/Find-A-Doctor.
- Baterías para implantes cocleares.
- Baterías con la configuración inicial de los audífonos.

Sin cobertura

- Cordones para audífonos.
- Reparaciones, reemplazo o programación de audífonos o audífonos osteointegrados cuando cumpla con los criterios de cobertura anteriores, excepto en caso de mal funcionamiento.

Limitaciones

- Audífonos limitados a uno cada tres años por oído.
- Los audífonos implantables están limitados a uno por oído, de por vida.
- Las baterías de los implantes cocleares se limitan a una por cada audífono cada tres años o cuando sea médicamente necesario debido a una pérdida o daño.
- El procesador de implantes cocleares está limitado a uno por cada implante cada cinco años.

Servicios a domicilio

Los servicios de Agencias de atención médica a domicilio que se indican por un proveedor y se brindan en el hogar del miembro califican como servicios de atención a domicilio. Los servicios deben brindarse por una de las siguientes:

- una agencia de atención médica a domicilio autorizada o certificada por Medicare
- o una agencia de rehabilitación certificada y proporcionada por uno de los siguientes:
    - un enfermero titulado (RN)
    - un enfermero práctico licenciado (LPN) supervisado por un RN
    - un auxiliar de atención médica a domicilio
    - un fisioterapeuta (PT)
    - un terapeuta ocupacional (OT)
    - un terapeuta del habla (ST)
    - un terapeuta respiratorio (RT)

Security Health Plan determinará si los beneficios están disponibles mediante la revisión de las habilidades especializadas requeridas por la naturaleza del servicio y la necesidad de una gestión médica dirigida por un médico.

Los beneficios están disponibles solo cuando los servicios de la agencia de atención médica a domicilio se brindan como parte de un programa de atención intermitente de medio tiempo y cuando se requiere atención especializada. La atención especializada incluye enfermería especializada, enseñanza especializada y servicios de rehabilitación especializada cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Debe brindarse o supervisarse por personal médico técnico o profesional autorizado para obtener el resultado médico especificado y garantizar la seguridad del paciente.
- Está indicada por un médico.
- Requiere formación clínica para poder impartirse de forma segura y eficaz.
- La cobertura se limita a los casos en los que sería necesaria la hospitalización o el aislamiento en un centro de enfermería especializada si no se proporcionara un servicio de atención a domicilio.
- Debe limitarse al hogar y el paciente debe ser físicamente incapaz de obtener los servicios médicos necesarios como paciente externo.
- El beneficio semanal máximo pagadero por los servicios de atención a domicilio no será mayor que los beneficios pagaderos por los montos semanales totales permitidos para la atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada autorizado, según lo determine Security Health Plan.

- Todos los servicios de atención a domicilio, incluidos los servicios de auxiliares de atención médica a domicilio, deben ser médicamente necesarios.

Con cobertura

- Atención de enfermería especializada a domicilio a tiempo parcial o intermitente llevada a cabo por un enfermero titulado o bajo su supervisión.
- Servicios de auxiliares de atención médica a domicilio a tiempo parcial o intermitente cuando forman parte del plan de servicios de atención a domicilio y están bajo la supervisión de un enfermero titulado.
- Terapia física, respiratoria, ocupacional o del habla.
- Suministros médicos, medicamentos con receta y servicios de laboratorio, si son necesarios según el plan de servicios de atención a domicilio y se indican por un médico, y que de otro modo estarían cubiertos en un entorno hospitalario para pacientes internados.
- Asesoramiento nutricional proporcionado o supervisado por un dietista titulado o certificado cuando forma parte del plan de servicios de atención a domicilio.
- Terapia intravenosa (IV) aprobada por Security Health Plan, indicada por un médico y realizada en el hogar del miembro.
- Servicios de educación médica proporcionados por profesionales de la salud certificados cuando la educación acerca de la enfermedad para la autogestión del paciente es importante o cuando el miembro necesita un profesional capacitado que le enseñe sobre la enfermedad.

Sin cobertura

- Servicios de atención a domicilio proporcionados por la familia inmediata del miembro u otras personas que residan con el miembro.
- Servicios considerados como de cuidado asistencial (por ejemplo, actividades de la vida diaria, como vestirse, alimentarse, bañarse o transportarse de una cama a una silla).

Limitaciones

- Consulte su Programa de beneficios para conocer los límites en la cantidad de consultas anuales.
- Todos los medicamentos de infusión domiciliaria se limitan a proveedores selectos de infusión domiciliaria y a la infusión en el domicilio.
- Cada visita de una persona que brinda servicios como parte de un plan de servicios de atención a domicilio, la evaluación de las necesidades de los miembros o el desarrollo de un plan cuenta como una visita. Cada periodo de hasta cuatro horas consecutivas de servicios de auxiliares de atención médica a domicilio en un período de 24 horas cuenta como una consulta de los servicios de atención a domicilio.
- El beneficio semanal máximo pagadero por los servicios de atención a domicilio no será mayor que los beneficios pagaderos por los montos semanales totales permitidos para la atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada autorizado.

Atención en un hospicio

El médico de cabecera del miembro debe certificar que la esperanza de vida del miembro es de seis meses o menos. Los servicios deben ser proporcionados por una agencia de hospicio autorizada y certificada.

Con cobertura

Los servicios, incluidos los cuidados paliativos, solo se cubren cuando se solicitan por un proveedor autorizado y se brindan por un programa de hospicio para personas con enfermedades terminales y sus familias.

Sin cobertura

Los cargos por el alojamiento y la comida no están cubiertos.

Terapia de infusión

Con cobertura

- Terapia de infusión realizada en un consultorio, para pacientes externos o internados.
- Terapia de infusión realizada a domicilio cuando es médicamente adecuada y brindada por un proveedor de la red.

Limitaciones

- Algunos servicios de terapia de infusión requieren autorización previa.
- Todos los medicamentos de infusión domiciliaria se limitan a proveedores selectos de infusión domiciliaria y a la infusión en el domicilio.

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Los servicios hospitalarios para pacientes internados incluyen servicios y suministros proporcionados durante una hospitalización como paciente internado.

Con cobertura

- Servicios hospitalarios para pacientes internados por una enfermedad o lesión física, entre los que se incluyen los siguientes:
  - Alojamiento y comida, incluidos los servicios de enfermería, para la estadía en una habitación semiprivada.
  - Cargos por una habitación privada cuando lo indique un médico y sea médicamente necesario.
  - Tratamientos médicos en hospitales, servicios y suministros.
  - Alojamiento y comida en la unidad de cuidados intensivos.
- Centro de rehabilitación para pacientes internados para recibir servicios de rehabilitación intensiva, que incluyen lo siguiente:
  - Alojamiento y comida, incluidos los servicios de enfermería, para la estadía en una habitación semiprivada.
  - Cargos por una habitación privada cuando lo indique un médico y sea médicamente necesario.
  - Tratamientos, servicios y suministros médicos.

Sin cobertura

- Hospitalizaciones, si la atención pudiera prestarse de forma segura y eficaz en un entorno de menor complejidad.
- Hospitalizaciones prolongadas o artículos de conveniencia o comodidad personal por razones que no impliquen una necesidad médica.
- Los medicamentos con receta y los suministros entregados en el hospital en el momento del alta para su uso en el hogar, incluidos los del alta de la consulta de emergencia o la atención de urgencia.

Limitaciones

- Se requiere la autorización previa de Security Health Plan para las internaciones. El proveedor debe comunicarse con Security Health Plan al menos 14 días antes de todas las cirugías electivas para pacientes internados.
- Se requiere autorización previa para las admisiones programadas en centros de rehabilitación para pacientes internados y cuidados intensivos a largo plazo (LTAC).
- Si está internado en un hospital fuera de la red debido a una emergencia médica, nos reservamos el derecho de coordinar su traslado a un hospital dentro de la red una vez que esté estable y pueda trasladarse de manera segura.
- Se requiere una notificación para las admisiones hospitalarias de pacientes hospitalizados de urgencia o emergencia. De acuerdo con la Sección 9.38 (4) del Código de la Administración de Wisconsin, se requiere una notificación 48 horas después de recibir los servicios, o cuando sea médicamente factible para el miembro proporcionar el aviso, lo que ocurra después.
- La admisión en otro hospital no está cubierta cuando la atención está disponible en el hospital de la red donde ingresó por primera vez, a menos que se reciba una autorización previa.

Servicios para enfermedades renales

Con cobertura

Los tratamientos para pacientes internados y externos relacionados con enfermedades renales están cubiertos, y se incluyen los siguientes:

- Diálisis
- trasplante
- servicios relacionados con los donantes.

Nota: Los miembros con enfermedad renal terminal (ESRD) deben comunicarse con Medicare sobre las opciones de inscripción y beneficios.

Servicios de maternidad

Con cobertura

- Atención prenatal, de parto y posnatal brindada por un proveedor autorizado, incluida la atención de una enfermera obstétrica certificada.
- Consultas prenatales adicionales para embarazos de alto riesgo brindadas por un proveedor de obstetricia.
- Servicios para abortos espontáneos.
- Procedimientos de aborto que ponen fin al embarazo de la madre si son necesarios debido a una enfermedad materna, una enfermedad fetal, afecciones o anomalías, y si se cumple con todas las leyes correspondientes.
- Servicios para complicaciones médicas que surjan a partir de un aborto espontáneo o inducido.
- Nacimiento o parto en el agua.

Security Health Plan cumplirá con los siguientes plazos exigidos por el gobierno federal:

- 48 horas después de un parto vaginal.
- 96 horas después de una cesárea.

Si la hospitalización excede el período de tiempo permitido, su proveedor debe comunicarse con Security Health Plan según los requisitos hospitalarios para pacientes internados.

Sin cobertura

- Clases de preparación para el parto y otras clases educativas, que no sean apoyo y asesoramiento para la lactancia materna.
- Parto domiciliario y consultas a domicilio.
- Servicios prestados por una partera autorizada o una partera profesional certificada.

Servicios de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias

Los servicios relacionados con la salud mental se pueden brindar en los siguientes casos: pacientes internados, pacientes con tratamiento residencial, pacientes de transición y pacientes externos.

Los siguientes beneficios para los servicios de salud mental y consumo de sustancias deben ser médicamente necesarios y deben brindarse por un proveedor conductual dentro de la red.

Cubrimos las evaluaciones y los tratamientos de salud mental indicados por un tribunal de Wisconsin cuando los servicios solicitados están cubiertos de acuerdo con este documento.

Con cobertura

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Los servicios hospitalarios para pacientes internados relacionados con el tratamiento de trastornos nerviosos o mentales o trastornos por el consumo de sustancias están cubiertos. Se incluye lo siguiente:

- Alojamiento y comida, incluidos los servicios de enfermería, para la estadía en una habitación semiprivada.
- Cargos por una habitación privada cuando lo indique un médico y sea médicamente necesario.
- Tratamientos médicos en hospitales que incluyen quirófano, servicios auxiliares y suministros.
- Alojamiento y comida en la unidad de cuidados intensivos.

Disposiciones con respecto al tratamiento transitorio

Los servicios médicamente necesarios para el tratamiento de trastornos nerviosos o mentales o trastornos por consumo de sustancias están cubiertos, y se incluye 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 crisis

Servicios para pacientes externos

- Servicios no residenciales para el tratamiento de trastornos nerviosos o mentales o trastornos por consumo de sustancias brindados directamente a un miembro por parte de un proveedor, profesional o paraprofesional autorizado de salud mental.
- Servicios no residenciales para el tratamiento de trastornos nerviosos o mentales o trastornos por consumo de sustancias proporcionados a un miembro o a la familia inmediata del miembro, si es con el fin de mejorar el tratamiento del miembro. Dichos servicios se brindan por un proveedor, profesional o paraprofesional autorizado de salud mental.
- Un programa que se ofrece en un hospital o un centro de tratamiento para pacientes externos.
- Un hijo dependiente cubierto que es un estudiante de tiempo completo y asiste a la escuela tendrá cobertura para servicios ambulatorios limitados brindados por proveedores fuera de la red para trastornos por consumo de sustancias y trastornos mentales y nerviosos. Dicha cobertura solo se aplica a un hijo dependiente sin cobertura de una red secundaria dependiente. Esto incluye una evaluación clínica del problema. Si se recomiendan servicios para pacientes externos en la evaluación clínica, no se cubrirán más de cinco consultas en un centro de tratamiento para pacientes externos con proveedores fuera de la red u otro proveedor. Todos los centros o proveedores de tratamientos para pacientes externos fuera de la red deben estar razonablemente cerca de la escuela en la que está inscrito el estudiante. 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 proporcionará dichos servicios.
    - Si Security Health Plan determina que el tratamiento impedirá que el estudiante asista a la escuela de manera regular o si el estudiante ya no está inscrito en la escuela, los servicios de proveedores fuera de la red no estarán cubiertos. Al completar las cinco consultas, la cobertura no está disponible para la atención continua por parte del proveedor fuera de la red, a menos que Security Health Plan lo apruebe. Para los propósitos de esta sección, “escuela” significa una escuela vocacional, técnica y de educación para adultos o cualquier institución de educación superior que otorgue una licenciatura o un título superior.

Limitaciones

- El tratamiento hospitalario y residencial requiere autorización previa. Otros servicios para pacientes externos transicionales no requieren de autorización previa.

- Si está internado en un hospital fuera de la red debido a una emergencia médica, nos reservamos el derecho de coordinar su traslado a un hospital dentro de la red una vez que esté estable y pueda trasladarse de manera segura.
- Se requiere una notificación para las admisiones hospitalarias de pacientes hospitalizados de urgencia o emergencia. De acuerdo con la Sección 9.38 (4) del Código de la Administración de Wisconsin, se requiere una notificación 48 horas después de recibir los servicios, o cuando sea médicamente factible para el miembro proporcionar el aviso, lo que ocurra después. La admisión en otro hospital no está cubierta cuando la atención está disponible en el hospital de la red donde ingresó por primera vez, a menos que se reciba una autorización previa.

Asesoramiento nutricional y consultas educativas

Con cobertura

Servicios de asesoramiento nutricional por parte de un dietista registrado cuando se cumplen las siguientes dos condiciones:

- La educación nutricional es necesaria para tratar una enfermedad en la que el autocontrol del paciente es una parte importante del tratamiento.
- Hay falta de conocimiento acerca de la enfermedad que requiere la intervención de un profesional de la salud capacitado.

Sin cobertura

- Alimentos o alimentos médicos formulados para consumirse o administrarse internamente bajo la supervisión de un médico y destinados a una gestión dietética específica
- Suplementos nutricionales o vitaminas

Consultas en el consultorio y beneficios de atención para pacientes externos

Con cobertura

- Servicios profesionales prestados en el consultorio de un proveedor autorizado.
- Servicios prestados en otros entornos para pacientes externos cuando son médicamente necesarios y adecuados para diagnosticar o tratar enfermedades o lesiones.

Servicios quirúrgicos y hospitalarios para externos

Con cobertura

- Servicios hospitalarios y de centros quirúrgicos ambulatorios (ASC) para pacientes externos.
- Servicios quirúrgicos prestados por un proveedor autorizado durante una visita al consultorio, una visita de atención de urgencia o una visita al hospital o ASC para pacientes externos.
- Servicios hospitalarios o de ASC no quirúrgicos para pacientes externos prestados o indicados por un médico.
- Terapia oncológica de radioterapia para pacientes externos.

Sin cobertura

Los medicamentos con receta y los suministros entregados en el hospital en el momento del alta para su uso en el hogar, incluidos los del alta de la consulta de emergencia o la atención 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 para obtener una lista de los servicios o los artículos que requieren autorizaciones previas.

Cobertura para medicamentos con receta

El formulario se revisa y actualiza periódicamente. La mayoría de los cambios implican la adición de nuevos medicamentos o medicamentos que están disponibles recientemente en su versión genérica. A veces, los medicamentos se eliminan del formulario, se cambian de nivel o se mueven a un estado restringido. Para ver el formulario, visite www.securityhealth.org/prescription-tools o llame al Departamento de Servicios de Farmacia de Security Health Plan al 1-877-873-5611.

Con cobertura

- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos incluidos en el formulario actual y obtenidos de un proveedor de farmacia dentro de la red.
- Medicamentos compuestos que de otra manera no estén excluidos de acuerdo con la cobertura del miembro y que contengan al menos un medicamento aprobado por la FDA para el cual Security Health Plan determine que no existe una alternativa comercial disponible.
- Security Health Plan se reserva el derecho a mantener una lista de medicamentos que no están disponibles/excluidos para la cobertura según las pautas de necesidad médica y limitaciones del Plan.
- El pago de los medicamentos excluidos será responsabilidad total del miembro.
- Los miembros pueden solicitar una apelación (revisión de una Determinación adversa) según la necesidad médica de los medicamentos no cubiertos. Para obtener más detalles, consulte la sección de apelaciones de este Certificado de cobertura.

- Los medicamentos con receta identificados como medicamentos de mantenimiento pueden obtenerse para un suministro de noventa (90) días, la responsabilidad del miembro depende del diseño del plan
- Si viaja por vacaciones y necesita un suministro adicional de medicamentos, puede solicitar una "anulación por vacaciones" para recibir el suministro de un medicamento de tres (3) meses como máximo. Los suministros de vacaciones se limitan al período de tiempo en el que el Miembro esté inscrito en el Plan y a una anulación por vacaciones, por medicamento y año calendario. Comuníquese con Servicios de Farmacias para solicitar una anulación por vacaciones.

La Ley de Equidad para el Tratamiento del Cáncer:
Limita los copagos a no más de $100 por un suministro de quimioterapia oral para 30 días. Se cobrará un cargo complementario por encima del máximo mensual de $100 para los medicamentos con receta de marca para los que haya una versión genérica disponible. En el caso de los planes de salud con deducible alto (HDHP), el límite de copago se aplica solo después de que se haya alcanzado 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 entregados por farmacias fuera de la red, excepto en casos de atención urgente o de emergencia.
- Cualquier medicamento sin una orden de receta válida, a menos que lo exija el gobierno estatal o federal.
- Medicamentos que requieren una autorización previa, pero no se obtuvo.
- Los medicamentos aprobados recientemente por la FDA no están cubiertos o pueden cambiar su estado de cobertura hasta que se consideren formalmente para su inclusión en el formulario.
- Medicamentos que no son médicamente necesarios.
- Los casos en los que queda 75% de la cantidad entregada anteriormente o se dispone de un suministro acumulado para diez días.
- Medicamentos experimentales o de investigación o uso de medicamentos conforme a las políticas de cobertura médica del Plan.
- Medicamentos que pueden recibirse sin costo en virtud de un programa gubernamental, a menos que se requiera cobertura para el medicamento.
- Los medicamentos que requieren administración profesional [pueden incluir: infusión o inyección intravenosa (IV), inyecciones intramusculares (IM), inyección intravítrea (ocular), inyección intraarticular (articulación), inyecciones intratecales (columna vertebral)] se aplicarán al beneficio médico del miembro.
- Reemplazo de un medicamento con receta debido a pérdida, daño o robo
- Medicamentos para el estilo de vida utilizados para tratar la disfunción sexual, la impotencia o la insuficiencia sexual o para aumentar el placer sexual, la intimidad o las relaciones.

Limitaciones
- Ciertos medicamentos con receta pueden requerir una autorización previa.
- Los medicamentos con beneficios médicos pueden requerir autorización previa (es decir, los medicamentos de quimioterapia).
- Ciertos medicamentos con receta pueden estar sujetos a un límite de cantidad.
- Ciertos medicamentos con receta pueden tener restricciones de edad.
- Los medicamentos especializados pueden surtirse por un suministro de hasta treinta (30) días por copago (o menos, si se receta) a la vez (a menos que el Plan apruebe lo contrario).
- Los medicamentos con receta especializados selectos se limitarán a una cantidad de surtidos parciales para evaluar la tolerabilidad del miembro y la reacción al medicamento antes de obtener un surtido mensual.
- Los medicamentos con receta especializados pueden limitarse a una farmacia especializada designada.
- Todas las reclamaciones de medicamentos con receta se deben presentar electrónicamente por la farmacia utilizando su tarjeta de farmacia de Security Health Plan. En el caso de las reclamaciones de medicamentos con receta que la farmacia no presente electrónicamente, no se cubrirán los montos en dólares que excedan el cargo contratado electrónicamente para dicho medicamento.
- Si recibe un medicamento de marca cuando haya un equivalente genérico o una opción biosimilar disponible, deberá pagar una multa. La multa consiste en la diferencia de precio entre un medicamento de marca o de referencia y la alternativa equivalente genérica o biosimilar, además de los montos de costo compartido aplicable (copago o deducible/coseguro). El monto de la multa que paga no se aplica a su deducible ni al monto máximo que paga de su bolsillo.
- Ciertos medicamentos pueden requerir tratamiento escalonado. Si se determina que más de un medicamento con receta es seguro y eficaz para el tratamiento de una enfermedad o lesión, es posible que solo proporcionemos beneficios para el medicamento con receta menos costoso. Alternativamente, es posible que le pidamos que pruebe el medicamento con receta menos costoso antes de que se paguen los beneficios por cualquier medicamento con receta alternativo.
- Los medicamentos preventivos se limitan a un equivalente genérico cuando están disponibles.
- Los medicamentos genéricos autorizados no pueden colocarse en el nivel de medicamentos genéricos del formulario. Un medicamento genérico autorizado es el producto propio de la compañía de marca reenvasado y comercializado como un medicamento genérico. Un medicamento genérico autorizado es un medicamento de marca.

- Es posible que los medicamentos genéricos no se incluyan en el formulario para su cobertura cuando se implementa una estrategia de marca sobre los medicamentos genéricos. En dichos casos, se cubrirá el medicamento de marca en lugar del genérico.
- Los montos de los cupones para medicamentos con receta no se aplican al deducible ni a los límites de gastos de bolsillo.

Servicios de atención preventiva

Los servicios de atención médica preventiva se pueden brindar para pacientes externos en el consultorio de un médico de la red o en un hospital. Security Health Plan cubre todos los servicios requeridos por el mandato preventivo federal descrito en la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo. Consulte su Programa de beneficios o 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 sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).

Servicios de laboratorio y radiología

Con cobertura

- Radiografías de diagnóstico y otros estudios de diagnóstico por imágenes, incluidos, entre otros, tomografías computarizadas (CT), tomografías por emisión de positrones (PET), angiografías por resonancia magnética (MRA) y resonancias magnéticas (MRI) cuando estén relacionadas con una enfermedad o lesión física cubierta.
- Servicios de laboratorio prestados por un proveedor de laboratorio dentro de la red cuando están relacionados con una enfermedad o lesión física cubierta o con un servicio preventivo.

Limitaciones

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

Atención en centros de enfermería especializada

Con cobertura

- Atención diaria en un centro de enfermería especializada o servicios diarios de rehabilitación especializada que incluyen alojamiento y comida.
- Fisioterapia médica y especializada, terapia del habla y terapia ocupacional cuando el alojamiento y la comida no son elegibles para estar cubiertos.
- Servicios y suministros médicos prestados por un proveedor autorizado durante una hospitalización en un centro de enfermería especializada.
- El confinamiento en cama giratoria en un hospital se considera lo mismo que el confinamiento en un centro de enfermería especializada.

Sin cobertura

- Días fuera de las instalaciones.
- Atención de enfermería especializada en un centro de atención de enfermería especializada si los servicios de atención médica se pueden proporcionar en un nivel de atención más bajo (por ejemplo, atención a domicilio).
- Cuidado asistencial y otros servicios no especializados.

Limitaciones

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

Consultas de telesalud y atención virtual

Con cobertura

Servicios de telemedicina o telesalud proporcionados a través de un proveedor dentro de la red, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Consultas de salud conductual
- Consultas de administración de la atención
- Consultas
- Consultas educativas sobre la diabetes
- Servicios de terapia de habilitación y rehabilitación, que incluyen terapia ocupacional, física y del habla
- Consultas de administración de medicamentos
- Asesoramiento nutricional
- Visitas al consultorio

Sin cobertura

- Cargos por conexión
- Equipo necesario para una consulta de telesalud
- Correo electrónico, fax o mensaje de texto
- Programación de citas
- Solicitudes de resurtidos de medicamentos con receta
- Informes sobre los resultados de las pruebas

Servicios terapéuticos

Con cobertura

- Servicios terapéuticos de habilitación médicamente necesarios que se realizan en un entorno para pacientes externos a fin de ayudar a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria, incluidos los siguientes:
    - Fisioterapia
    - Terapia ocupacional
    - Patología del habla y del lenguaje
    - Otros servicios para personas con discapacidad.
- Servicios terapéuticos de rehabilitación médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión, prestados en un entorno para pacientes externos por un terapeuta autorizado:
    - Fisioterapia
    - Terapia ocupacional
    - Terapia del habla
- La punción seca realizada por un proveedor autorizado está cubierta.

Sin cobertura

Los siguientes son algunos de los servicios que no están cubiertos:

- Servicios de rehabilitación que no son para el tratamiento de una enfermedad o lesión ni están relacionados con dicho tratamiento.
- Servicios de fisioterapia de rehabilitación, terapia ocupacional o terapia del habla en los que no existe una expectativa razonable de que la afección mejorará durante un período de tiempo predecible de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la comunidad médica.
- Servicios de rehabilitación que continúan luego de que el miembro alcanza el estado esperado de mejora, resolución o estabilización de la afección de salud.
- Servicios que la escuela de un niño inscrito está legalmente obligada a proporcionar, ya sea que la escuela realmente los proporcione o no y ya sea que el miembro elija o no usar dichos servicios.
- Servicios terapéuticos que incluyen los siguientes:
    - terapia recreativa
    - terapia educativa
    - terapia vocal
    - terapia de grupo
    - servicios deportivos o de acondicionamiento físico para mejorar la condición física.
- Fortalecimiento laboral.
- Evaluación de la capacidad funcional.
- Servicios relacionados con artículos no cubiertos.
- Reducción del acento o dialecto y cambio de voz transgénero.
- Servicios de reintegración vocacional y comunitaria.
- Servicios prestados en una escuela o en el hogar.
- Servicios prestados por un preparador físico.
- Acupuntura.

Limitaciones

- Consulte su Programa de beneficios para conocer los límites en la cantidad de consultas para terapia de habilitación y rehabilitación.
- Consulte su Programa de beneficios para conocer los límites en la cantidad de servicios de punción seca.

Servicios de trasplante

Con cobertura

Los servicios médicamente necesarios de órganos sólidos, terapia celular, terapia génica y trasplante de sangre y de médula ósea están cubiertos. Se requiere que el miembro utilice un centro del Centro de Excelencia (COE) que haya cumplido o superado los estándares de calidad para la atención de trasplantes.

Sin cobertura

- Gastos de alojamiento, incluidas las comidas.
- Gastos relacionados con el transporte del beneficiario, excepto los servicios de ambulancia con licencia profesional médicamente necesarios.
- El precio de compra de cualquier médula ósea, órgano o tejido que se venda en lugar de donarse.
- Servicios no ordenados por un médico o cirujano.
- Trasplantes que involucran órganos o tejidos no humanos o artificiales.
- Recolección y almacenamiento de tejido humano, incluidos, entre otros, espermatozoides, óvulos y sangre del cordón umbilical fetal.
- Pruebas de posibles donantes.

Limitaciones

Los servicios relacionados con trasplantes, terapia celular y terapia génica requieren autorización previa.

Servicios de atención de urgencia

Con cobertura

Los servicios de atención de urgencia de un proveedor autorizado dentro o fuera de la red están cubiertos.

Sin cobertura

Los medicamentos con receta para llevar al hogar y los suministros dispensados por un hospital en el momento del alta hospitalaria para su uso en el hogar no están cubiertos; esto incluye el alta de las visitas de atención de emergencia o urgencia.

Limitaciones

La atención de seguimiento debe brindarse por un proveedor dentro de la red, a menos 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 oftalmológicos

Con cobertura

- Un examen de rutina de la vista por año, que incluye dilatación/refracción para adultos mayores de 19 años, sujeto a la responsabilidad del miembro definida en el Programa de beneficios.
- Un examen de rutina de la vista por año, que incluye dilatación/refracción y adaptación de lentes de contacto, hasta el final del mes en que el miembro cumple 19 años.
- Servicios de la vista para adultos que no son de rutina directamente relacionados con el manejo de ciertas afecciones médicas, que incluyen, entre otras, diabetes, glaucoma y desprendimiento de retina.
- Prueba de detección de alteración visual para niños de 1 a 5 años.
- Lente intraocular estándar después de la cirugía de cataratas.
- Primer lente externo estándar o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.
- Lentes de contacto esclerales para el tratamiento del queratocono.

Sin cobertura

- Monturas
- Lentes oftálmicas o lentes de contacto, excepto que se defina lo contrario en el Programa de beneficios.
- Terapia visual (entrenamiento de ejercicios oculares/ortóptica) y entrenamiento de seguimiento visual.
- Cirugía ocular refractiva (LASIK) y otros procedimientos oculares para mejorar la refracción.
- Lente intraocular para la corrección de la visión después de la cirugía de cataratas.
- Lentes progresivos.
- Preparación o adaptación de anteojos o lentes de contacto y tarifas relacionadas para adultos mayores de 19 años.
- Lentes oftálmicas o lentes de contacto, excepto que se defina lo contrario en el Programa de beneficios.

SECCIÓN V: EXCLUSIONES GENERALES: LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO

Además de las exclusiones y limitaciones específicas identificadas en la sección “Beneficios para miembros” y en el Programa de beneficios, la cobertura no proporciona beneficios para los servicios que se enumeran a continuación. Algunas de las exclusiones enumeradas pueden ser médicamente necesarias, pero aun así no están cubiertas por 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 averiguar si se cubrirá un servicio específico.

Tratamientos

- Terapia basada en animales (hipoterapia).
- Estimulación del coma.
- Terapias complementarias y alternativas.
    - Acupresión
    - Acupuntura
    - Aromaterapia
    - Arteterapia
    - Danzaterapia
    - Terapias digitales (por ejemplo, aplicaciones para teléfonos inteligentes), excepto si se ofrecen al miembro a través de Security Health Plan
    - Musicoterapia
    - Proloterapia
- Terapia craneosacral. (Masajes destinados a liberar la tensión y mejorar el movimiento corporal).
- Cuidado asistencial o de reposo. (Atención domiciliaria proporcionada en el hogar de un paciente para ayudar a bañarse, comer, limpiar y preparar comidas; atención de mantenimiento/apoyo).
- Pruebas educativas y capacitación.
- Infertilidad. (Todos los servicios relacionados con la restauración, mejora o promoción de la fertilidad).
- Cuidado de los pies (de rutina). Esto incluye el examen, el tratamiento y la extirpación total o parcial de:
    - Callos.
    - Callosidades.
    - Hipertrofia o hiperplasia de la piel o de los tejidos subcutáneos de los pies.
    - El corte, recorte u otra extirpación parcial no quirúrgica de las uñas de los pies.

  Esta exclusión no se aplica al cuidado preventivo de los pies directamente relacionado con el manejo de ciertas afecciones médicas, incluidas, entre otras, la diabetes, las enfermedades neurológicas y las enfermedades vasculares.
- Reemplazos o sustituciones de cabello, que incluyen, entre otros, los siguientes:
    - Pelucas.
    - Postizos protésicos.
    - Trasplantes e implantes.
    - Restauraciones capilares por cualquier motivo.
- Dispositivos médicos, electrodomésticos, equipos médicos duraderos que no figuran en el formulario actual.
- Enfermería privada.
- Psicocirugía.
- Vacuna antirrábica si no se ha producido ninguna mordedura de animal.
- Tratamiento de los ronquidos, médico y quirúrgico, excepto cuando se proporciona como parte del tratamiento de la apnea obstructiva del sueño documentada.
- Intervenciones para bajar de peso, como cirugía, medicamentos o dietas, excepto asesoramiento nutricional (consulte la sección “Asesoramiento nutricional y consultas educativas”).

Servicios específicos

- Por lo general, los servicios experimentales o de investigación y todos los servicios relacionados no están cubiertos.
- Servicios indirectos prestados por proveedores para servicios tales como los siguientes:
    - Creación de normas, procedimientos y protocolos de laboratorio.
    - Equipos de calibración.
    - Supervisión de las pruebas.
    - Configuración de parámetros para los resultados de las pruebas.
    - Y la revisión de los datos de control de calidad.
- Servicios de laboratorio y terapia asociados con evaluaciones/pruebas de capacidad funcional.

- Servicios profesionales no prestados por un médico o cualquiera de los proveedores enumerados en la sección "Definiciones" de este Certificado.
- En todos los casos, la Coordinación de Beneficios (COB) con Medicare se ajustará a los estatutos y reglamentos federales y estatales. En el caso de los servicios cubiertos por Medicare, si el miembro tiene o es elegible para Medicare, los beneficios se coordinarán en la medida en que los beneficios estén o puedan estar disponibles a través de Medicare. Esta póliza puede ser el pagador primario o secundario de Medicare, según las leyes y regulaciones estatales o federales aplicables.
- Servicios que determinamos que no son médicamente necesarios. Esto incluye los servicios que no cumplen con nuestras pautas de política médica, cobertura clínica o póliza de beneficios.
- Servicios que no son para el tratamiento de una enfermedad o lesión ni están relacionados con ese tratamiento, excepto que se indique específicamente en la cobertura.
- Servicios que continúan después de que el paciente alcanza el estado esperado de mejoría, resolución o estabilización de un problema de salud.
- Servicios y cargos por completar formularios relacionados con dichos exámenes, incluidos, entre otros, los siguientes:
    - Exámenes para seguros
    - Empleo
    - Adopción
    - Evaluaciones de manutención y custodia de los hijos
    - Inmigración, licencias y certificaciones o
    - Resolución de demandas.
- Servicios de proveedores que no están en la red de proveedores de Security Health Plan, excepto como se indica específicamente en el Certificado o en el Programa de beneficios.
- Servicios prestados o prescritos por la familia inmediata del miembro, definida como miembro de la familia por nacimiento o matrimonio. Los ejemplos incluyen un cónyuge, hermano, hermana, padres o hijos. Esto incluye cualquier servicio que el proveedor pueda realizarse a sí mismo.
- Servicios prestados por un proveedor con su mismo domicilio legal.
- Servicios no identificados específicamente como cubiertos en el Certificado o en el Programa de beneficios; servicios que resulten o surjan de incidentes o complicaciones de cualquier servicio no cubierto por el Certificado o por el Programa de beneficios.
- Servicios para los cuales no se proporciona comprobante de reclamación a Security Health Plan de acuerdo con el encabezado "Comprobante de reclamación" en la Sección VIII de este Certificado.
- Servicios prestados en relación con cualquier enfermedad o lesión causada por el miembro al ejercer una ocupación ilegal o al cometer/intentar cometer un delito grave, excepto en el caso de incidentes que impliquen violencia doméstica.
- Servicios prestados en relación con cualquier lesión o enfermedad que surja de, o en el curso de, cualquier empleo remunerado o con fines lucrativos para los que el empleador esté obligado a contratar un seguro de compensación laboral. Si el miembro está protegido por las leyes de compensación laboral o cualquier ley similar, esta exclusión se aplica independientemente de si se han reclamado, renunciado o comprometido los beneficios en virtud de las leyes de compensación laboral o cualquier ley similar, o si el miembro está cubierto por un seguro de compensación laboral. Esta exclusión también se aplica si el miembro se representa a sí mismo en la corte o si contrata a un abogado para reclamaciones de compensación laboral en disputa. Esta exclusión no se aplica a un propietario único o socio que elija no convertirse en empleado si se proporciona a Security Health Plan una prueba por escrito de dicha elección.
- Servicios prestados por la Administración de Veteranos de los Estados Unidos, excepto los servicios para los cuales, según la ley federal aplicable, la póliza es el pagador principal y la Administración de Veteranos de los Estados Unidos es el pagador secundario.
- Servicios cubiertos por Medicare si el miembro tiene o es elegible para Medicare, en la medida en que los beneficios estén o puedan estar disponibles a través de Medicare, excepto los servicios para los cuales, según la ley federal aplicable, la póliza es el pagador principal y Medicare es el pagador secundario.
- Servicios como los servicios de salud pública o servicios proporcionados por cualquier agencia federal, estatal, del condado o de la ciudad, u otra entidad similar, a menos que dicha cobertura sea requerida por cualquier ley estatal o federal.
- El tratamiento, los servicios y los suministros para enfermedades o lesiones causadas directa o indirectamente por una guerra declarada o no declarada, un acto de guerra, una acción enemiga o una acción mientras sirve en las Fuerzas Armadas de cualquier estado o país, y los beneficios para dicha enfermedad o lesión están disponibles según las leyes de los Estados Unidos o cualquier subdivisión política de ese país. Esto incluye enfermedades o lesiones causadas por una explosión atómica o termonuclear o la radiación resultante; o cualquier tipo de acción militar, amistosa u hostil.

Relacionado con farmacias/medicamentos con receta

- Gotas sublinguales de extractos de alérgenos.

- Medicamentos para la supresión del apetito/pérdida de peso (incluidos aquellos que tienen indicaciones ampliadas para otras enfermedades, por ejemplo, apnea obstructiva del sueño, enfermedad cardiovascular establecida).
- Medicamentos compuestos:
    - Baclofeno
    - Bromfenaco
    - Bupivicaína
    - Ciclobenzaprina
    - Gabapentina
    - Ketamina
    - Ketoprofeno
    - Orfenadrina
- Medicamentos aplicados, ingeridos o administrados mientras el miembro es paciente o residente en alguno de los siguientes:
    - Hospital
    - Establecimiento de proveedores para pacientes externos
    - Centro de salud mental
    - Centro de cuidados prolongados
    - Hospital de convalecencia
    - Centro de atención de enfermería especializada
    - Hospicio o institución similar.
- Medicamentos autorizados en el marco del Programa de Autorización Acelerada de la FDA, salvo que sean médicamente necesarios o lo exija la ley.
- Medicamentos para la Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos ("DESI")
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos, incluido el crecimiento del cabello.
- Medicamentos utilizados para tratamientos de fertilidad.
- Cannabis medicinal o sus equivalentes
- Medicamentos y gastos asociados y dispositivos no aprobados por la FDA para un uso en particular, excepto según lo exigido por la ley (a menos que el proveedor certifique el uso para una indicación no autorizada con una carta de necesidad médica)
- Terapia ortomolecular, incluidos nutrientes o vitaminas, salvo que se especifique lo contrario como cubierto en este documento
- Productos de venta libre que no figuran en el formulario actual, incluidos, entre otros, los siguientes:
    - medicamentos
    - suplementos dietarios
    - vitaminas prenatales
    - otras vitaminas
    - alimentos medicinales
    - preparaciones a base de hierbas
    - saborizantes o colorantes a granel.
- Resurtidos de cualquier receta con más de un (1) año de vigencia
- Medicamentos autoadministrados en el consultorio de un proveedor o en una farmacia que no sea minorista
- Productos químicos crudos o a granel.
- Kits de medicamentos con receta reenvasados y comercializados, a menos que se incluyan específicamente en el formulario actual, que incluye:
    - Medicamentos recetados
    - Medicamentos de venta libre
    - Productos químicos a granel
    - Suministros médicos duraderos o
    - Cualquier combinación de estos ingredientes.
- Envasado en dosis unitarias
- Sangre entera y Componentes de la sangre no clasificados como Medicamentos en la Farmacopea de los Estados Unidos
- Apósitos para heridas, apósitos para regenerar tejidos, medicamentos tópicos no medicados para hidratar o curar la piel.

Todas las demás exclusiones

- Tratamiento y pruebas de alergia por métodos que no son aceptados como estándar o aprobados por la Academia Americana de Alergia e Inmunología o por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o sus oficinas o agencias.
- Cualquier persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y es posible que esté sujeto a multas o a una orden de reclusión en una prisión estatal.

- Cargos por faltar a una consulta.
- Gastos de guardería.
- Costos de un centro o lugar no médico para tratamiento, terapia o servicios prestados 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 por este Certificado o Programa de beneficios.
- Clubes de salud o balnearios, acondicionamiento aeróbico y de fuerza, servicios de atención médica utilizados en capacitación educativa o vocacional, rehabilitación vocacional, rehabilitación industrial, evaluación de la capacidad funcional, asesoramiento laboral, evaluaciones en el lugar de trabajo y de regreso al trabajo, programas de fortalecimiento laboral y todos los materiales y productos relacionados.
- Reembolso del tiempo de viaje para personas calificadas:
    - Proveedores.
    - Proveedores supervisores.
    - Profesionales.
    - Terapeutas o paraprofesionales calificados.
- Esta póliza no incluye los servicios dentales pediátricos según lo exige la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo. Esta cobertura está disponible en el mercado de seguros y se puede comprar como un producto independiente. Comuníquese con su compañía de seguros, agente o con el mercado de seguros facilitado por el gobierno federal si desea comprar una cobertura dental pediátrica o un producto de servicios dentales independiente.
- Tratamientos que replican o duplican los servicios prestados por una escuela.

SECCIÓN VI: CUANDO LOS MIEMBROS TIENEN MÁS DE UN PLAN

¿Cómo se aplica esto a usted?

Esta sección se aplica a este plan cuando un suscriptor o un dependiente cubierto tienen cobertura de atención médica en más de un plan. “Plan” se define en la Sección XI Definiciones.

La siguiente sección llamada “Orden de las normas de determinación de beneficios” rige el orden en el que cada plan pagará una reclamación por beneficios. El plan que paga en primer lugar se denomina el plan principal. El plan principal debe pagar beneficios de acuerdo con sus términos, sin tener en cuenta la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algún gasto. El plan que paga después del plan principal es el plan secundario.

El plan secundario puede disminuir los beneficios que paga, de manera que los pagos de todos los planes no excedan el 100% del gasto autorizado total.

Orden de las normas de determinación de beneficios

General: Cuando hay un fundamento para una reclamación bajo este plan y otro plan, este plan se considera secundario. Eso significa que los beneficios de este plan se determinan después de los beneficios del otro plan, a menos que esas normas y las normas de este plan que se describen a continuación requieran que los beneficios de este plan se determinen antes que los del otro plan. Normas: Este plan determina el orden de los beneficios usando la primera de las siguientes normas que se aplican:

- **Otro plan sin reglas:** Si el otro plan no tiene normas que coordinen sus beneficios con los de este plan, primero se determinan los beneficios del otro plan.
- **No dependiente/dependiente:** Los beneficios del plan que cubre a la persona como empleado, miembro o suscriptor se determinan antes que los beneficios del plan que cubre a la persona como dependiente de un empleado, miembro o suscriptor.
- **Hijo dependiente/padres no separados ni divorciados:** Excepto como se indica a continuación, cuando este plan y otro plan cubran al mismo hijo como dependiente de diferentes personas, denominados “padres”: Un padre puede ser cualquier persona que se desempeñe como titular de la póliza, incluidos, entre otros, tutores legales, padrastros y padres.
    - Los beneficios del plan del padre cuyo cumpleaños cae antes en el año calendario (mes y día solamente) se determinan antes que los beneficios del plan del padre cuyo cumpleaños cae más tarde en ese año calendario.
    - Pero si ambos padres tienen la misma fecha de nacimiento, los beneficios del plan que cubrió al padre por más tiempo se determinan antes que los del plan que cubrió al otro padre por un período de tiempo más corto.
    - Sin embargo, si el otro plan no se rige por las normas anteriores, sino por una norma basada en el sexo del padre y si, como resultado, los planes no coinciden con el orden de los beneficios, la norma del otro plan determinará el orden de los beneficios.
- **Hijo dependiente/padres separados o divorciados:** Si dos o más planes cubren a una persona como hijo dependiente de padres separados o divorciados, los beneficios para el hijo se determinan en este orden:
    - Primero, el plan del padre con la custodia del niño.
    - Luego, el plan del cónyuge del padre con la custodia del niño.
    - Por último, el plan del padre que no tenga la custodia del niño.
- Además, si los términos específicos de un decreto judicial establecen que los padres tienen la custodia compartida y no especifican que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del niño **O** si el decreto judicial establece que ambos padres serán responsables de las necesidades de atención médica del niño, pero otorga la custodia física del niño a uno de los padres, y las entidades obligadas a pagar o proporcionar los beneficios de los planes de los respectivos padres tienen conocimiento real de esos términos.
    - Las prestaciones para el hijo dependiente se determinarán en función de los hijos dependientes/padres separados o divorciados.
- Sin embargo, si los términos específicos de un decreto judicial establecen que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del niño, y la entidad obligada a pagar o proporcionar los beneficios del plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, los beneficios de ese plan se determinan primero. Este párrafo no se aplica con respecto a cualquier período de determinación de reclamaciones o año del plan durante el cual se paguen o proporcionen beneficios antes de que la entidad tenga ese conocimiento real.
- **Empleado activo/inactivo:** Los beneficios de un plan que cubre a una persona como empleada activa se determinan antes que los de un plan que cubre a una persona como empleada despedida o jubilada o como dependiente de esa persona empleada. Si el otro plan no tiene esta norma y si, como resultado, los planes no concuerdan con el orden de beneficios, esta norma se ignora. Si un dependiente es beneficiario de Medicare y si, según la Ley de Seguro Social de 1965 en su versión modificada, Medicare es secundario al plan que cubre a la persona como dependiente de un empleado activo, la regulación federal de Medicare sustituirá a este párrafo.
- **COBRA/Continuación de cobertura:** Si una persona tiene continuación de cobertura bajo la ley federal o estatal y también está cubierta bajo otro plan, lo siguiente determinará el orden de beneficios:

    - Primero, los beneficios de un plan que cubre a la persona como empleado, miembro o suscriptor o como dependiente de un empleado, miembro o suscriptor.
    - Segundo, los beneficios de la continuidad de la cobertura.
- **Mayor/menor duración de cobertura:** Si ninguna de las normas anteriores determina el orden de los beneficios, los beneficios del plan que cubrió a un empleado, miembro o suscriptor por más tiempo se determinan antes que los del plan que cubrió a esa persona por el período más corto.

El impacto en los beneficios de este plan

Cuándo se aplica esta subsección: Esta subsección se aplica cuando, de acuerdo con la subsección "Orden de las normas de determinación de beneficios", este plan es un plan secundario con respecto a otro o más planes. En ese caso, los beneficios de este plan podrán reducirse en virtud de esta subsección. Este otro plan o estos otros planes se denominan "los demás planes".

Reducción de los beneficios del plan: Los beneficios de este plan se reducirán cuando el total de los beneficios pagaderos exceda los gastos permitidos en un período de determinación de reclamación. Cuando los beneficios de este plan se reducen como se describe anteriormente, cada beneficio se reduce en proporción. Luego, se cobra contra cualquier límite de beneficio aplicable de este plan.

Derecho a recibir y divulgar información necesaria

Security Health Plan tiene derecho a decidir qué hechos debe aplicar a estas normas de la Coordinación de Beneficios (COB). Puede obtener los datos necesarios o dárselos a cualquier otra organización o persona sin el consentimiento del asegurado, pero solo cuando sea necesario para aplicar estas reglas de coordinación de beneficios. Los registros médicos siguen siendo confidenciales según lo dispuesto por las leyes federales y estatales.

Cada persona que reclame beneficios bajo este plan debe darle a Security Health Plan cualquier información que necesitemos para pagar las reclamaciones.

Facilidad de pago

Un pago realizado por otro plan puede incluir un monto que se debería haber pagado conforme a este plan. Si es el caso, Security Health Plan puede pagar este monto a la organización que realizó ese pago. Ese monto se tratará como si fuera un beneficio pagado bajo este plan. Security Health Plan no tendrá que pagar ese monto otra vez. El término "pago realizado" significa el valor razonable en efectivo de los beneficios provistos en forma de servicios.

Derecho a recuperación

Si el monto de los pagos realizados por Security Health Plan es superior a lo que debería haber pagado en virtud de esta sección, el plan podrá recuperar el exceso de uno o varios de los siguientes:

- La gente a la que ha pagado
- Compañía de seguros
- Otras organizaciones

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

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

Pagador secundario

Si los gastos cubiertos son incurridos por un miembro que es elegible para solicitar Medicare y para quien Medicare es el principal, Security Health Plan determinará los beneficios pagaderos, si los hubiera, utilizando las normas y regulaciones de Medicare para determinar si el principal es Medicare o Security Health Plan. Si Medicare es el principal para un miembro elegible de Medicare, se considera que el miembro está inscrito y cubierto por las Partes A y B de Medicare, independientemente de que un miembro esté realmente inscrito o no en una o ambas partes de Medicare.

Si un miembro para quien Medicare es el principal y que es elegible para inscribirse en la Parte B de Medicare, pero no lo hace, o cancela su cobertura de la Parte B de Medicare, seguiremos determinando los beneficios pagaderos en virtud de la cobertura como si ese miembro tuviera cobertura de la Parte B de Medicare y Medicare pagara los beneficios de la Parte B, incluso si Medicare no pagó ningún beneficio de la Parte B. Si un miembro no elige la cobertura de la Parte B de Medicare, y la cobertura de la Parte B de Medicare fuera la principal, Security Health Plan solo pagará el 20% del monto permitido por Medicare; la diferencia es responsabilidad del miembro.

Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios y el pagador secundario, visite http://www.cms.gov/medicare/coordination-benefits-recovery/overview/coordination-benefits.

Responsabilidad del miembro

Los miembros, incluidos los dependientes, deben notificar a Security Health Plan sobre la elegibilidad de Medicare por edad o discapacidad lo antes posible para que los beneficios puedan pagarse 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 contrata a los miembros para que elijan o proporcionen un proveedor de atención médica, servicios o instalaciones, ni aseguramos su disponibilidad.

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

Continuidad de la atención

Si está viendo a un proveedor de atención médica dentro de la red y la relación de ese proveedor con Security Health Plan termina, puede continuar viendo a ese proveedor. El proveedor será tratado como un proveedor dentro de la red durante el período de tiempo aplicable requerido por la ley estatal. El período de tiempo depende de si el proveedor es un médico de atención primaria. Si se está brindando atención por maternidad y se encuentra en su segundo o tercer trimestre de embarazo cuando termina la relación, se brindará atención hasta el final de la atención posparto para usted y el bebé. Este párrafo no se aplica si el proveedor ya no ejerce en el área de servicio o si el contrato del proveedor fue rescindido por mala conducta.

Si el contrato de su proveedor con Security Health Plan finaliza y usted tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan.

Asignación de beneficios

Esta cobertura es solo para un empleado cubierto y sus dependientes cubiertos. Los beneficios pueden asignarse en la medida permitida por las leyes de seguros de Wisconsin.

Declaración de derechos en virtud de la Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres

En general, los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud grupales no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios de duración de estadía en un hospital relacionada con un parto para la madre o el hijo recién nacido a menos de:

- 48 horas después de un parto vaginal
- 96 horas después de un parto por cesárea.

Sin embargo, el emisor puede pagar por una estadía más corta si el proveedor tratante (por ejemplo, su médico, enfermera partera certificada o asistente médico), después de consultar con la madre, da de alta a la madre o al recién nacido antes.

Además, según la ley federal, los planes y los emisores no pueden establecer el nivel de beneficios o costos que paga de su bolsillo para que cualquier parte tardía de la estadía de 48 horas (o 96 horas) se trate de una manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier parte anterior de la estadía.

Asimismo, un plan o emisor no puede, según la ley federal, exigir que un médico u otro proveedor de atención médica obtengan autorización para prescribir una estadía de hasta 48 horas (o 96 horas). Sin embargo, para usar ciertos proveedores o instalaciones, o para reducir los costos que paga de su bolsillo, es posible que deba obtener una certificación previa. Para obtener información sobre la certificación previa, comuníquese con Security Health Plan.

Mantener la buena calidad

Security Health Plan se dedica a brindarle acceso a servicios de atención médica excelentes, asequibles y convenientes. Security Health Plan monitorea la calidad de la atención que reciben nuestros miembros y se asegura de que las nuevas alternativas rentables cumplan con altos estándares.

Security Health Plan siempre está buscando maneras de mejorar aún más la atención médica.

Una forma comprobada de hacerlo es escuchar a nuestros miembros. Si tiene alguna idea sobre cómo Security Health Plan puede mejorar nuestros servicios, llame al Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan.

Informes del proveedor de atención médica, hospital u otro proveedor de atención médica

Los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica deben proporcionar a Security Health Plan sus registros e informes para ayudar a Security Health Plan a determinar los beneficios adeudados a un miembro y para administrar la cobertura de un miembro. Al solicitar y aceptar la cobertura, los miembros reconocen que sus proveedores de atención médica

pueden divulgar registros médicos e informes a Security Health Plan para un miembro y todos los dependientes cubiertos de un miembro. Los miembros también renuncian a cualquier reclamación de privilegio o confidencialidad con respecto a dicha información cuando se utilice para los fines descritos en este párrafo. Esta es una condición de Security Health Plan que brinda cobertura a los miembros y sus dependientes cubiertos. También es una condición continua para que Security Health Plan pague los beneficios.

De acuerdo con todas las leyes estatales y federales, Security Health Plan puede usar información de identificación individual sobre un miembro para identificar, exclusivamente para ese miembro, procedimientos, productos o servicios que puedan resultarle de utilidad. Security Health Plan utilizará la información de identificación individual sobre un miembro según lo permita o exija la ley. Esto incluye nuestras operaciones y nuestra investigación. Security Health Plan utilizará datos anónimos con fines comerciales, incluida la investigación.

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

Incentivos a los proveedores de atención médica

Security Health Plan paga a los proveedores de atención médica dentro de la red a través de varios tipos de acuerdos contractuales. Estos pueden incluir incentivos financieros para promover la prestación de servicios de salud de una manera rentable y eficaz. Estos incentivos financieros no tienen la intención de afectar el acceso de ningún miembro a la atención médica.

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

- Bonificaciones por desempeño basadas en factores que pueden incluir la calidad, la satisfacción de los miembros o la rentabilidad.
- Capitación: un grupo de proveedores de atención médica dentro de la red recibe un pago mensual de Security Health Plan por cada miembro que selecciona un proveedor de atención médica dentro de la red dentro del grupo para realizar o coordinar ciertos servicios de salud; los proveedores de atención médica dentro de la red reciben este pago mensual independientemente de si el costo de proporcionar o hacer arreglos para brindar la atención médica del miembro es menor o mayor que el pago.

Security Health Plan utiliza varios métodos de pago para pagar a proveedores de atención médica específicos dentro de la red. De vez en cuando, el método de pago puede cambiar. Si un miembro tiene preguntas sobre si el contrato de un proveedor de atención médica dentro de la red de Security Health Plan incluye algún incentivo financiero, Security Health Plan alienta a ese miembro a analizar esas preguntas con su proveedor de atención médica. El miembro también puede ponerse en contacto con nosotros. Security Health Plan puede informar a un miembro si el proveedor de atención médica dentro de la red de un miembro recibe algún incentivo financiero, incluidos los mencionados anteriormente; sin embargo, los términos específicos del contrato, incluidas las tasas de pago, son confidenciales y no pueden divulgarse.

Incentivos a los miembros

A veces, Security Health Plan puede ofrecer cupones u otros incentivos para alentar a los miembros a participar en varios programas de administración de salud y bienestar. La decisión de participar o no es solo del miembro, pero Security Health Plan recomienda que los miembros hablen sobre la participación en dichos programas con sus proveedores de atención médica. Estos incentivos no son beneficios. Estos incentivos no alteran ni afectan los beneficios de un miembro. Los miembros pueden comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan si tienen alguna pregunta.

Reembolsos y otros pagos

Security Health Plan puede recibir reembolsos por ciertos medicamentos que los miembros obtienen de una farmacia o que se administran a los miembros en sus hogares, en el consultorio de un proveedor de atención médica o en un hospital o centro alternativo. Esto incluye reembolsos por medicamentos que se administran a los miembros antes de que alcancen cualquier deducible anual aplicable. Security Health Plan no transfiere estos reembolsos a los miembros, ni se aplican a ningún deducible anual ni se tienen en cuenta para determinar los copagos o coseguros de los miembros.

Otra cobertura de Security Health Plan

Los miembros pueden tener cobertura bajo más de una póliza de Security Health Plan. De ser así, los beneficios pagados dentro de todas las pólizas de Security Health Plan combinadas no excederán el 100% del monto total permitido para los gastos cubiertos.

Subrogación y compensación laboral

Compensación laboral

Si Security Health Plan paga inadvertidamente los beneficios y determinamos que un miembro era elegible para recibir beneficios de compensación laboral por el mismo incidente, Security Health Plan tiene derecho a recuperar lo que se describe en la disposición “Derecho de subrogación y reembolso” en esta cobertura. Security Health Plan puede ejercer su derecho a recuperar lo que se pagó a un miembro o a los dependientes cubiertos de un miembro a pesar de que:

- Los beneficios por compensación laboral estén 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 consecuencia de esto.
- El monto de la compensación laboral por la atención o los cuidados médicos no se haya acordado o definido por el miembro o la aseguradora de accidentes de trabajo.
- Los beneficios de atención o cuidados médicos estén específicamente excluidos de los convenios o acuerdos por compensación laboral.

Por la presente, los miembros acuerdan que, en consideración a la cobertura proporcionada por esta póliza, notificarán de inmediato a Security Health Plan sobre cualquier reclamación de compensación laboral que realicen. Y aceptan reembolsar a Security Health Plan como se describe a continuación.

Derecho de subrogación y reembolso
Tan pronto como Security Health Plan pague o proporcione algún beneficio, tiene derecho a recuperar el dinero de cualquier persona que pueda ser responsable de pagar a un miembro por lesiones o daños. Esto incluye todos los beneficios que Security Health Plan ofrece en virtud de esta cobertura. “Parte responsable” se refiere a cualquier persona que pueda deberle dinero a un miembro o cualquier seguro que pueda cubrir el pago, por ejemplo:

- Cobertura de seguro de motorista con infraseguro
- Cobertura de seguro de motorista no asegurado
- Cobertura de pagos o gastos médicos del automóvil
- Cobertura de seguro contra responsabilidad civil para automóviles
- Cobertura de protección contra lesiones personales/sin culpa
- Cobertura por compensación laboral
- Cobertura de seguro contra responsabilidad civil para viviendas
- Cobertura de seguro complementario
- Fondos de compensación para pacientes
- Cualquier cobertura de seguro de daños o de accidentes
- Cualquier otro pago destinado a compensar a un miembro por lesiones o enfermedades sufridas

Security Health Plan también tiene el derecho al reembolso de los ingresos obtenidos de cualquier acuerdo, sentencia, laudo arbitral u otro pago que haya obtenido el miembro o un dependiente del miembro de una parte responsable, tal y como se define anteriormente. Este derecho de reembolso es acumulativo y no excluyente del derecho de subrogación concedido anteriormente, sino solo en la medida de los beneficios pagados por Security Health Plan. En virtud de cualquier beneficio pagado, Security Health Plan concede un derecho de retención sobre las ganancias de cualquier acuerdo, sentencia u otro pago que reciba el miembro, y el miembro da su consentimiento a dicho derecho de retención y se compromete a tomar las medidas necesarias para que Security Health Plan pueda garantizar ese derecho.

Los miembros no podrán ceder ningún derecho que puedan tener para recuperar los gastos médicos de cualquier parte potencialmente responsable u otra persona a ningún niño menor sin el consentimiento expreso de Security Health Plan. Nuestro derecho de recuperación mediante subrogación o reembolso se aplicará a los acuerdos o recuperaciones de descendientes, menores de edad y personas incapacitadas o discapacitadas. Los miembros no deben llegar a ningún acuerdo que excluya o intente excluir específicamente los gastos médicos pagados por Security Health Plan.

Security Health Plan tiene derecho a recuperar todos los pagos que haya realizado o esté obligado a pagar en el futuro, al miembro o en su nombre, de cualquier persona responsable de la lesión. Si el miembro obtiene una compensación de cualquier persona responsable de la lesión, Security Health Plan será reembolsado primero con los fondos de dicha compensación hasta el monto que Security Health Plan haya pagado al miembro. El miembro acepta ayudar a Security Health Plan a preservar sus derechos contra los responsables de dicha pérdida, y no hacer nada para perjudicar el derecho de Security Health Plan a recuperarse.

Security Health Plan tiene derecho al reembolso íntegro y a la recuperación con prioridad, independientemente de lo siguiente:

- Cualquier responsabilidad de pago es admitida por cualquier parte potencialmente responsable y
- El acuerdo o fallo recibido por un miembro identifica los beneficios médicos que proporcionamos.

Security Health Plan tiene derecho a recuperar el monto total de los beneficios pagados, independientemente de cualquier reclamación por culpa del miembro, ya sea por negligencia comparativa o de otro tipo.

Security Health Plan tiene derecho a recuperarse de todos y cada uno de los acuerdos o sentencias. Esto incluye aquellos designados como “dolor y sufrimiento” o “daños no económicos únicamente”. Los ingresos de cualquier acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago recuperado por un miembro deben asignarse primero al reembolso total de nuestros pagos. Esta recuperación puede modificarse en consecuencia si así lo exige una ley estatal aplicable (doctrina “Restitución completa” o doctrina “Rimes”) que sostiene que una compañía de seguros no puede hacer valer un derecho de subrogación o reembolso hasta que la parte asegurada haya sido compensada completamente por cualquier lesión. Una vez que Security Health Plan haya recibido el reembolso de los gastos médicos que pagamos, se le podrá pagar al miembro o al dependiente del miembro el resto del monto de la sentencia o acuerdo.

Costos de cobranza y honorarios de abogados
El miembro no incurrirá en ningún gasto en nuestro nombre, incluidos, entre otros, los costos judiciales o los honorarios de abogados, sin nuestro consentimiento previo por escrito. Nuestro derecho al reembolso total no se verá reducido por ninguna de las denominadas “Doctrina de fondo”, “Doctrina de fondo común”, “Doctrina de fondo de abogados” o cualquier otra ley que implique nuestro acuerdo o que obligue a Security Health Plan a pagar, o a aceptar como reembolso en especie, cualquier monto o parte de los honorarios de abogados u otros servicios o gastos en los que haya incurrido el miembro para obtener una sentencia, un acuerdo u otro pago de un tercero.

Si Security Health Plan tiene que tomar medidas legales o de otro tipo para hacer cumplir nuestro derecho de retención o para ser reembolsado por un miembro o los dependientes de un miembro, es posible que el miembro o los dependientes del miembro también deban reembolsar a Security Health Plan los costos que tuvimos que pagar para cobrar el monto que el miembro debía, incluidos los honorarios de nuestros abogados.

Se requiere su cooperación
Cuando reciba tratamiento por un accidente o lesión, recibirá una carta de consulta solicitando los detalles del accidente. La consulta debe completarse en su totalidad, firmada y fechada dentro de los 30 días para que Security Health Plan procese sus reclamaciones. Si la consulta no se responde en un plazo de 30 días, las reclamaciones serán denegadas. Una consulta completa recibida en el plazo de un año a partir de la fecha de la consulta original dará lugar a que se vuelvan a procesar las reclamaciones denegadas anteriormente.

Ni usted ni sus dependientes harán nada que perjudique nuestros derechos de subrogación y reembolso. No podrá celebrar ningún acuerdo de conciliación o compromiso con la parte responsable sin nuestro consentimiento previo por escrito. Cuando se le solicite, deberá cooperar plenamente con nuestros esfuerzos para recuperar los beneficios que Security Health Plan haya pagado. Deberá notificar a Security Health Plan de inmediato cuando se envíe cualquier notificación a cualquiera de las partes, incluido un abogado, sobre la intención de presentar o investigar una reclamación para recuperar daños y perjuicios, debido a las lesiones que haya sufrido. Deberá incluir los beneficios pagados por Security Health Plan como parte de los daños que pretende recuperar en cualquier reclamación o acción legal que presente contra la parte potencialmente responsable que causó la lesión o enfermedad. Además, acepta ponerse en contacto con Security Health Plan para resolver nuestro derecho de retención antes de cualquier acuerdo o tras cualquier veredicto, sentencia o laudo.

Si un miembro o los dependientes de un miembro reciben una compensación a la que se aplica nuestro derecho de retención, Security Health Plan se reserva 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. Security Health Plan puede requerir, además, que un miembro o sus dependientes firmen un acuerdo que garantice nuestro derecho a la subrogación y el reembolso antes de proporcionar cualquier beneficio adicional a su dependiente o en su nombre. Además, no se pueden deducir costos judiciales ni honorarios de abogados de nuestra recuperación sin nuestro consentimiento expreso por escrito; ninguna de las denominadas “Doctrina de fondo”, “Doctrina de fondo común” o “Doctrina de fondo de abogados” anulará este derecho, y Security Health Plan no está obligado a participar ni a pagar los costos judiciales o los honorarios de los abogados contratados por un miembro para presentar la reclamación por daños o lesiones personales de un miembro.

Por el presente, los miembros acuerdan que, en vista de la cobertura que ofrece esta póliza, los miembros notificarán de inmediato a Security Health Plan sobre cualquier reclamación que realicen y que los miembros aceptan reembolsar a Security Health Plan como se describe anteriormente.

La falta de cooperación con nuestros procesos de subrogación o reembolso puede resultar en la denegación de las reclamaciones.

Limitación de demandas y procedimientos legales

Ningún miembro puede iniciar una acción legal contra Security Health Plan con respecto a los beneficios o reclamaciones presentados, o cualquier otro asunto relacionado con su cobertura hasta la primera de las siguientes fechas:

- 60 días después de que Security Health Plan haya recibido o renunciado a la prueba de reclamación; o
- La fecha en que Security Health Plan deniega el pago de beneficios por una reclamación. La acción puede iniciarse antes si la espera dará lugar a un perjuicio contra un miembro. Sin embargo, el mero hecho de que un miembro tenga que esperar hasta la primera fecha de las anteriores no se considera perjudicial. No se puede iniciar ninguna acción

más de tres años después del momento en que Security Health Plan requiere una prueba escrita de la reclamación. Consulte la subsección “Prueba de reclamación”.

Divisibilidad

Cualquier término, condición o disposición del contrato prohibida por la ley de Wisconsin será nulo y sin fuerza ni efecto. Pero 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 vigencia de la cobertura, cualquier disposición que entre en conflicto con las leyes de Wisconsin se ajustará automáticamente a los requisitos mínimos de dichas leyes. Si se modifica alguna de las leyes estatales o federales citadas en esta cobertura, la cobertura se interpretará según la ley enmendada.

Contrato completo

Todo el contrato que brinda cobertura al miembro se compone de la Póliza, incluida la solicitud del titular de la póliza, el Certificado, el Programa de beneficios, cualquier enmienda, la solicitud del miembro y cualquier solicitud complementaria.

Renuncia y cambio

Solo el director ejecutivo (CEO) de Security Health Plan o alguien que elija puede aprobar una renuncia o cambiar la cobertura. Ningún agente, corredor o cualquier otra persona puede cambiar alguna parte del plan o extender el tiempo para pagar las primas. Security Health Plan puede cambiar cualquier término, condición, exclusión, limitación u otra parte de la cobertura si Security Health Plan envía un aviso por escrito al titular de la póliza al menos 30 días antes del cambio. Si el cambio reduce la cobertura, Security Health Plan debe enviar un aviso por escrito al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia. Cada enmienda se aplica a los suscriptores, miembros y Security Health Plan. Ningún error, incluidos los errores administrativos, cancelará la cobertura válida, continuará ni volverá a emitir la cobertura terminada o hará que se emita una cobertura que, de otro modo, no sería emitida por Security Health Plan. Cuando descubrimos un error, Security Health Plan hará un ajuste justo de la cobertura, el pago de los beneficios o la prima.

Interpretación de los beneficios

Security Health Plan tiene la discreción única y exclusiva de hacer todo lo siguiente:

- Interpretar los beneficios en virtud de la cobertura
- Interpretar los demás términos, condiciones, limitaciones y exclusiones establecidos en la cobertura, lo que incluye el presente Certificado, el Programa de beneficios y cualquier cláusula adicional o enmienda
- Tomar determinaciones fácticas relacionadas con la cobertura y sus beneficios

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

En ciertas circunstancias, con el fin de ahorrar costos o eficiencia generales, Security Health Plan puede, a nuestra discreción, ofrecer beneficios para servicios que, de otro modo, no estarían cubiertos. El hecho de que Security Health Plan actúe de esa manera en un caso particular no se considerará, en modo alguno, que se vea obligado a hacerlo en otros casos similares.

Servicios administrativos

Security Health Plan puede, a nuestra entera discreción, hacer arreglos para que varias personas o entidades presten 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 prestan pueden cambiar de forma periódica a nuestra entera discreción. Security Health Plan no está obligado a notificar con anticipación a un miembro de dicho cambio, ni estamos obligados a obtener la aprobación de un miembro. Un miembro debe cooperar con esas personas o entidades en el desempeño 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 entera discreción y sin la aprobación del miembro, de lo siguiente:

- Cambio
- Interpretación
- Modificación
- Retiro o adición de beneficios
- Finalización de la cobertura.

Cualquier disposición de cobertura que, en su fecha de entrada en vigencia, entre en conflicto con los requisitos de los estatutos o reglamentos estatales o federales (de la jurisdicción en la que se entregue la Póliza) se enmienda conforme al presente documento para cumplir con los requisitos mínimos de dichos estatutos y reglamentos. No se puede hacer ningún otro cambio a la cobertura a menos que se haga en virtud de una enmienda o cláusula adicional que haya sido firmada por uno de nuestros funcionarios. Rigen todas las condiciones que siguen:

- Las enmiendas a la cobertura entrarán en vigencia mediante notificación por escrito al miembro, a menos que se especifique lo contrario en la enmienda.
- Las enmiendas que generen beneficios reducidos entrarán en vigencia con una notificación por escrito con 60 días de anticipación.
- Las cláusulas adicionales entran en vigencia en la fecha que especifique Security Health Plan.
- Ningún agente tiene la autoridad para cambiar la cobertura o renunciar a ninguna de sus disposiciones.
- Nadie tiene autoridad para hacer cambios o enmiendas verbales a la cobertura.

Límite a ciertas defensas

Después de que hayan pasado dos años a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de un miembro, no se utilizará ninguna declaración errónea para anular la cobertura de un miembro o negar los beneficios por cualquier reclamación. Esto no se aplica a las declaraciones erróneas fraudulentas realizadas en la solicitud de un miembro.

Pagos directos y recuperación

Pago directo de beneficios

A menos que se indique lo contrario en la cobertura, Security Health Plan puede pagar los beneficios directamente al proveedor de atención médica o al miembro. Dichos pagos liberarán completamente a Security Health Plan de toda responsabilidad adicional en la medida de los beneficios pagados.

Recuperación de pagos en exceso

Si Security Health Plan paga más beneficios de los que somos responsables en virtud de la cobertura, incluidos, entre otros, los beneficios pagados por error, podemos recuperarlos de cualquier persona, organización o proveedor de atención médica que haya recibido dichos pagos de beneficios en exceso. Security Health Plan también puede recuperar dichos pagos de cualquier otra compañía de seguros, plan de servicio o plan de beneficios que los haya recibido. Si Security Health Plan no puede recuperarlos de otra fuente, también podemos recuperarlos del miembro. Cuando solicitamos que el miembro pague a Security Health Plan un monto de los pagos de beneficios en exceso, el miembro acepta pagar a Security Health Plan el monto especificado en la solicitud.

Security Health Plan puede, a nuestra discreción, reducir cualquier pago futuro de beneficios del cual seamos responsables en nuestras reclamaciones por el monto de los pagos de beneficios en exceso para recuperar dichos pagos. Security Health Plan reducirá los beneficios que, de otro modo, serían pagaderos en concepto de dichas reclamaciones hasta que recuperemos los pagos de beneficios en exceso.

Presentación y procesamiento de reclamaciones

Al recibir servicios, es su responsabilidad notificar a los proveedores de su inscripción en el Plan de salud para asegurarse de que las reclamaciones se presenten y se procesen en virtud de la cobertura de su Plan de salud.

Al recibir servicios de un proveedor dentro de la red, nos enviarán una reclamación en su nombre. Si no se informa a un proveedor de la red de su inscripción en el plan de salud, es posible que las reclamaciones no se presenten dentro del plazo requerido. Esto podría dar lugar a que se deniegue la reclamación o a que se retrase el pago de la reclamación y que el proveedor le facture a usted los montos del costo compartido del miembro.

Comprobante de la reclamación

Si usted recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, es posible que este presente una reclamación en su nombre o que le pida que pague los servicios de su bolsillo. Si paga los servicios de su bolsillo, puede enviarnos una reclamación para obtener un reembolso. Para recibir el reembolso, debe presentar un comprobante de reclamación, que incluya, como mínimo:

- Nombre completo y fecha de nacimiento o número de identificación de suscriptor
- Las fechas en las que se recibieron los servicios
- Una factura desglosada del proveedor que incluya:
    - Una lista detallada de los servicios recibidos
    - Montos facturados en concepto de cada servicio
    - Nombre y dirección del proveedor
    - La afección o síntoma específicos que se diagnosticaron
- Comprobante de pago (puede ser un recibo pagado o una factura del proveedor que demuestre que los servicios se pagaron en su totalidad)
- Si los servicios se recibieron fuera de los Estados Unidos, indique el tipo de cambio correspondiente en el momento en el que se hayan recibido los servicios y proporcione una factura desglosada en inglés

La información anterior debe presentarse dentro de los 15 meses posteriores a la fecha en la que se hayan prestado los servicios. De acuerdo con la ley de Wisconsin, si circunstancias fuera de su control le impiden presentar dicho comprobante a Security Health Plan dentro de este período, Security Health Plan aceptará una reclamación, si se proporciona lo antes posible y dentro de un año después del período de 15 meses. Si Security Health Plan no recibe el comprobante de reclamación por escrito requerido por Security Health Plan dentro de ese período de un año y 15 meses, no se pagarán beneficios por ese servicio.

La información del comprobante de reclamación debe enviarse por correo, fax o correo electrónico a la siguiente dirección:
Security Health Plan
Attn: Claims
P.O. Box 8000
Marshfield, WI 54449
Fax: 715-221-9767
Correo electrónico: rf.shpmain@securityhealth.org

Una reclamación será tratada como recibida por Security Health Plan (a) en la fecha en la que se entregue personalmente a Security Health Plan en la dirección indicada; o (b) en la fecha en la que el plan de salud la reciba. Las reclamaciones deben presentarse dentro de los plazos aplicables para el tipo de reclamación según lo indicado en estos procedimientos. A menos que se indique lo contrario, cuando se utiliza en estos procedimientos de reclamación, el término “día” significa un día calendario.

Una vez que se procesen las reclamaciones, recibirá una Explicación de beneficios de nuestra parte en la que se indicará cómo se cubrieron los servicios y los montos del costo compartido de los que pueda ser responsable.

Designación de un representante autorizado

Un representante autorizado puede actuar en nombre de un reclamante con respecto a una reclamación de beneficios o apelación conforme a estos procedimientos de reclamación. Ninguna persona (incluido un profesional de atención médica tratante) se reconocerá como representante autorizada hasta que Security Health Plan reciba una solicitud por escrito firmada por el reclamante, excepto en el caso de las reclamaciones de atención de urgencia, cuando Security Health Plan, incluso en ausencia de una solicitud por escrito, reconocerá a un profesional de atención médica con conocimiento de la afección del reclamante (por ejemplo, médico tratante) como representante autorizado del reclamante, a menos que el reclamante indique lo contrario por escrito.

Las solicitudes por escrito deben enviarse a Security Health Plan a la dirección indicada en “Presentación de una reclamación”. Una vez que se designe a un representante autorizado, Security Health Plan dirigirá toda la información, notificación, etc., con respecto a la reclamación al representante autorizado. Deberá incluirse al reclamante en copia en todas las notificaciones relativas a las decisiones, a menos que el reclamante indique lo contrario por escrito. Cuando proceda, las referencias al reclamante en estos procedimientos de reclamación incluyen al representante autorizado del reclamante.

Una cesión con fines de pago (por ejemplo, a un profesional de la salud) no constituye el nombramiento de un representante autorizado en virtud de estos procedimientos de reclamación.

Reglas especiales de presentación para ciertos tipos de reclamaciones

Reclamaciones posteriores al servicio: Se debe presentar una reclamación posterior al servicio dentro de los 90 días posteriores a la recepción del servicio médico, tratamiento, medicamento con receta o producto al que se refiera la reclamación, a menos que:

- No haya sido razonablemente posible presentar la reclamación dentro de ese plazo.
- Y la reclamación se presente lo antes posible y en ningún caso (excepto en el caso de incapacidad legal del reclamante) después de un año después del final del período de 90 días para presentar una reclamación.

Todas las reclamaciones de medicamentos con receta que no se presenten electrónicamente se reembolsarán a la tarifa electrónica contratada; no necesariamente el monto en dólares que se pague a la farmacia.

Reclamaciones presentadas incorrectamente: Estos procedimientos de reclamación no se aplican a ninguna solicitud de beneficios que no se realice de conformidad con estos procedimientos de reclamación, salvo lo siguiente:

- En el caso de una reclamación previa al servicio presentada incorrectamente, se notificará al reclamante lo antes posible, pero a más tardar 5 días después de la recepción por parte de Security Health Plan de la reclamación presentada incorrectamente.
- Y, en el caso de una reclamación de atención de urgencia presentada incorrectamente, se notificará al reclamante lo antes posible, pero a más tardar 24 horas después de que Security Health Plan reciba la reclamación presentada incorrectamente.

En la notificación, se explicará que la solicitud no es una reclamación y se describirán los procedimientos adecuados para presentar una reclamación. La notificación puede ser verbal a menos que el reclamante solicite específicamente la notificación por escrito.

Reclamaciones incompletas: Si falta alguna información necesaria para procesar una reclamación, la reclamación se tratará 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 a más tardar 24 horas después de recibir la reclamación incompleta. La notificación puede hacerse verbalmente al reclamante, a menos que el reclamante solicite una notificación por escrito. En la notificación, se describirá la información necesaria para completar la reclamación y se especificará un plazo razonable, de no menos de 48 horas, dentro del cual deba completarse la reclamación. Security Health Plan decidirá la reclamación tan pronto como sea posible, pero a más tardar 48 horas después de la primera de las siguientes fechas:

- Recepción de la información especificada.
- O el final del período previsto para presentar la información especificada.

Otras reclamaciones incompletas: Si una reclamación antes o después del servicio está incompleta, Security Health Plan puede denegar la reclamación o puede tomar una extensión de tiempo, como se describe a continuación. Si Security Health Plan toma una extensión de tiempo, en la notificación de extensión, se incluirá una descripción de la información faltante y se especificará un período de no menos de 45 días. Dentro de ese plazo, se debe proporcionar la información necesaria. El plazo para decidir la reclamación se suspenderá a partir de la fecha en la que el reclamante reciba la notificación de extensión hasta la fecha en la que se proporcione la información necesaria faltante a Security Health Plan. Si se proporciona la información solicitada, Security Health Plan decidirá la reclamación dentro del período extendido especificado en la notificación de extensión. Si la información solicitada no se proporciona dentro del plazo especificado, la reclamación puede decidirse sin esa información.

Procedimiento de quejas

Proceso general

Ocasionalmente, pueden surgir situaciones en las que un miembro cuestione o no esté satisfecho con algún aspecto del servicio recibido en virtud de este plan. Debido a que la mayoría de las preguntas sobre los beneficios y las operaciones del plan pueden resolverse de manera informal, Security Health Plan insta a los miembros a que, primero, intenten resolver cualquier problema comunicándose directamente con el proveedor de atención médica correspondiente o llamando al Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan al 1-800-472-2363 TTY 711.

Un miembro (o cualquier otra persona en nombre de un miembro) tiene derecho a presentar una queja formal ante Security Health Plan. Security Health Plan continuará con la cobertura del miembro en espera del resultado de cualquier queja que utilice 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, notificaremos al miembro de su derecho a presentar una queja. Estos procedimientos son los únicos medios a través de los cuales se puede apelar una determinación adversa de beneficios.

Security Health Plan debe cumplir estrictamente con todos los procedimientos de esta sección. El miembro puede, a su propia cuenta, tener representación legal en cualquier etapa de estos procedimientos de quejas.

Cómo presentar una queja

Para presentar una queja, el miembro (o cualquier otra persona en su nombre) debe escribir sus inquietudes y enviar por correo postal o entregar a Security Health Plan la queja (en cualquier forma) junto con copias de cualquier documento de respaldo, incluidos los comentarios o información por escrito que respalden la queja.
Dirección postal: Section 504 Coordinator, 2301 E. 60th Street, Sioux Falls, SD 57103
Número de teléfono: (877) 473-0911 (TTY: 711)
Fax: (605) 312-9886
Correo electrónico: shp.appeals.grievance@securityhealth.org

A excepción de las quejas aceleradas, incluidas las reclamaciones de atención de urgencia, como se explica a continuación, Security Health Plan acusará recibo de una queja por escrito dentro de los cinco días hábiles posteriores a su recepción.
El miembro recibirá una confirmación por escrito de la fecha de la reunión del Comité de Apelaciones y Quejas como mínimo 7 días antes de la fecha programada de la reunión.

Cómo se decidirán las quejas

En la reunión, el miembro o su representante autorizado tienen derecho a asistir y presentar información pertinente para la queja a través de una conferencia telefónica. El Comité de Apelaciones y Quejas revisará la queja y todos los documentos relevantes que guarden relación con la queja, ya sea que se hayan presentado o no, o estén disponibles en el momento de la decisión inicial. El

debate del comité no incluirá a la persona que haya tomado la determinación inicial ni a ninguno de los subordinados de esta persona. Luego, el comité tomará una decisión sobre la resolución de la queja.

En el caso de una reclamación decidida sobre la base de un juicio médico, el comité puede consultar con un profesional de la salud con la formación y la experiencia adecuadas. El profesional de la salud que haya recibido la consulta del comité no será la misma persona a quien se haya consultado respecto de la decisión inicial. Tampoco será un subordinado de esa persona.

El miembro tendrá, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable a toda la información relativa a la queja y copias de esta:

- Documentos.
- Registros.
- Otra información pertinente para la queja.

Si se obtuvo el asesoramiento de un experto médico o vocacional en relación con la decisión inicial, los nombres de cada uno de dichos expertos se proporcionarán al miembro a su solicitud, independientemente de si Security Health Plan se basó en el asesoramiento. Antes de emitir una decisión final sobre la queja que se base en una justificación que no se haya incluido en la determinación inicial, Security Health Plan proporcionará al miembro, de forma gratuita, la justificación lo antes posible y con suficiente antelación a la decisión final para darle al miembro una oportunidad razonable de responder.

Queja acelerada

Una queja en la que se aplique cualquiera de estos puntos:

- La duración del proceso de resolución estándar constituirá un grave peligro para la vida, la salud o la recuperación del miembro.
- En la opinión de un médico con conocimiento de la afección del miembro, el miembro está sujeto a un dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento que sea objeto de la queja.
- Un médico con conocimiento de la afección del miembro determina que la queja debe tratarse como una queja acelerada.

Además, cualquier apelación de una reclamación de atención de urgencia se tratará como una queja acelerada. En situaciones en las que la duración normal del proceso de queja podría tener efectos adversos en el miembro, no será necesario presentar una queja acelerada por escrito. En su lugar, el miembro o el médico del miembro deben comunicarse con Security Health Plan lo antes posible.

Los documentos de respaldo pueden enviarse al Departamento de Calidad de Security Health Plan por fax al 715-221-9424. Security Health Plan resolverá la queja acelerada dentro de las 72 horas posteriores a su recepción, a menos que se necesite más información. Si se necesita más información, Security Health Plan notificará al miembro de nuestra decisión al final del siguiente día hábil después de recibir la información requerida. El proceso de quejas para situaciones urgentes no se aplica a los tratamientos, terapias, cirugías u otros procedimientos programados previamente que Security Health Plan no considere situaciones urgentes.

Plazo de las decisiones

En general: A excepción de las apelaciones de determinaciones adversas de beneficios descritas en esta sección, “Plazo de las decisiones”, Security Health Plan resolverá todas las quejas dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción. Si Security Health Plan no puede resolver la queja dentro de ese plazo, enviaremos una notificación por escrito antes de que venza el período de 30 días, en la que se indique que se necesita más tiempo. Esto explicará el motivo por el cual se necesite más tiempo y la fecha prevista en la que se resolverá.

Quejas aceleradas y reclamaciones de atención de urgencia: Security Health Plan decidirá la apelación de una queja acelerada o reclamación de atención de urgencia lo antes posible, teniendo en cuenta las necesidades médicas. Esto será a más tardar 72 horas después de la recepción de la queja acelerada.

Reclamaciones previas al servicio: Security Health Plan decidirá la apelación de una reclamación previa al servicio dentro de un plazo razonable adecuado a las circunstancias médicas. Esto será a más tardar 30 días después de la recepción por parte del Plan.

Reclamaciones posteriores al servicio: Security Health Plan decidirá la apelación de una reclamación posterior al servicio dentro de un período razonable. Esto será a más tardar 30 días después de la recepción.

Reclamaciones de atención concurrente: Security Health Plan decidirá la apelación de una decisión de reducir o finalizar un ciclo de tratamiento aprobado inicialmente (consulte la definición de decisión de atención concurrente) antes de que se lleve a cabo la reducción o finalización propuesta.

Security Health Plan decidirá la apelación de una solicitud denegada para extender cualquier decisión de atención concurrente en el plazo de apelación para las reclamaciones previas al servicio, de atención de urgencia o posteriores al servicio descritas anteriormente, según corresponda a la solicitud.

Notificación de la decisión
Después de que se revise la queja de un miembro, el miembro recibirá una notificación por escrito de la decisión del comité, ya sea que la decisión sea adversa o no. La notificación por escrito siempre incluirá los títulos de las personas que integren el Comité de Apelaciones y Quejas.

Si la queja de un miembro se deniega, en su totalidad o en parte, Security Health Plan le enviará al miembro una notificación, por escrito, escrita de una manera que usted entienda (lo que incluye, si es necesario, de una manera cultural y lingüísticamente apropiada de acuerdo con los requisitos aplicables) que comprenda:

- Los motivos específicos de la decisión;
- Información suficiente para identificar la reclamación o el problema involucrados, 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 de la norma que se utilizó para denegar la reclamación;
- Una declaración que revele cualquier regla interna, directrices, protocolo o criterio similar en función de los cuales se haya tomado la decisión adversa (o una declaración de que dicha información se proporcionará de forma gratuita cuando se solicite);
- Una referencia a las disposiciones específicas de la política en la que se base la decisión;
- Una descripción de los procesos de revisión externa disponibles;
- Una declaración en la que se indique el derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros u otra información pertinente para la determinación, o copias de estos;
- Cualquier información que el miembro necesite para perfeccionar la reclamación o el problema;
- Si la decisión implica un juicio científico o clínico, ya sea (a) una explicación del juicio científico o clínico que aplique los términos de la póliza a las circunstancias médicas del reclamante; o (b) una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cargo si se solicita;
- Una declaración del derecho a demandar en un tribunal federal; y
- La notificación de una determinación adversa en la apelación de una reclamación de atención de urgencia puede proporcionarse oralmente, pero la notificación por escrito se proporcionará a más tardar tres días después de la notificación verbal.

Oficina del Comisionado de Seguros
Usted puede resolver su problema siguiendo los pasos descritos en el procedimiento de queja de HMO. También puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros, un organismo estatal que hace cumplir las leyes de seguros de Wisconsin, y presentar una queja. Puede presentar una queja electrónicamente ante la Oficina del Comisionado de Seguros en su sitio web en http://oci.wi.gov/ o escribiendo a la siguiente dirección:

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

O puede llamar al 1−800−236−8517 o al 608-266−0103 y solicitar un formulario de quejas.

Oficina de Derechos Civiles
Para las quejas por motivos de discriminación por raza, color, nacionalidad, sexo o edad, también puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede presentar una queja por discriminación electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en el siguiente enlace: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo postal o teléfono aquí:

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

Dichas quejas deben presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la presunta discriminación.

Programa de revisión externa

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

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

El miembro debe presentar una solicitud de revisión externa dentro de los cuatro meses posteriores a la fecha en la que reciba la determinación adversa final de beneficios. Si no hay una fecha correspondiente cuatro meses después de la fecha de recepción de la determinación adversa final de beneficios, entonces, la solicitud debe presentarse antes del primer día del quinto mes siguiente a la recepción de la determinación adversa final de beneficios. Si la última fecha de presentación cae un sábado, domingo o feriado federal, la última fecha de presentación se extiende hasta el día siguiente que no sea sábado, domingo o feriado federal.

Las solicitudes de revisión externa deben presentarse por escrito. El miembro puede obtener la información de contacto de la Organización de revisión independiente (IRO) certificada vigente llamando al Departamento de Servicio al Cliente de Security Health Plan.

La solicitud debe contener:

- Nombre
- Dirección
- Número de teléfono
- Dirección de correo electrónico (si corresponde)
- Si la solicitud es urgente
- El motivo del desacuerdo con la decisión
- Cualquier documento que respalde la posición del miembro
- Una declaración que autorice al representante del miembro a llevar a cabo la revisión externa en nombre del miembro (si el miembro decide tener uno)
- La firma del miembro si la persona que presenta la apelación no es el miembro

La IRO se pondrá en contacto con Security Health Plan una vez que reciba la solicitud de revisión externa. Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en la que reciba una solicitud de revisión externa, Security Health Plan enviará a la IRO todos los documentos e información utilizados para tomar la determinación adversa final de beneficios.

Al recibir la solicitud del miembro, la IRO notificará al miembro por escrito sobre la elegibilidad de su solicitud y la aceptación para la revisión externa. En general, una determinación adversa de beneficios es elegible para una revisión externa si involucra:

- Necesidad médica
- Pertinencia
- Entorno de atención médica
- Nivel de atención
- Efectividad de un beneficio cubierto
- Si un tratamiento es experimental o está en investigación
- Cualquier otro asunto que implique juicio médico
- Rescisiones de cobertura

Si la IRO determina que la solicitud no es elegible para una revisión externa, notificará al miembro y a Security Health Plan, y la revisión externa finalizará.

Revisión de la Organización de revisión independiente

Si la solicitud es elegible para revisión, la IRO revisará toda la información y los documentos que reciba. Revisará la decisión de Security Health Plan independientemente de cualquier decisión o conclusión a la que llegue Security Health Plan 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 tomen su decisión final. La IRO enviará cualquier información adicional presentada a Security Health Plan.

Si, sobre la base de cualquier información adicional presentada, Security Health Plan reconsidera el caso y decide que la reclamación o el servicio deben estar cubiertos, entonces, Security Health Plan enviará al miembro y a la IRO un aviso por escrito de esa decisión y se dará por finalizada la revisión externa.

La IRO notificará por escrito su decisión final al miembro y a Security Health Plan dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud de revisión externa. Si la IRO notifica por escrito a Security Health Plan que está revirtiendo la determinación adversa interna final del beneficio, Security Health Plan notificará inmediatamente al miembro por escrito sobre 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 para la cual el plazo para completar una apelación interna acelerada según las reglamentaciones finales provisionales pondría en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del miembro para recuperar la función máxima y si ha presentado una solicitud para una apelación interna acelerada.

Una determinación adversa final de beneficios es elegible para una revisión externa acelerada si involucra una afección para la cual el plazo para completar una revisión externa estándar pondría en grave peligro la vida o la salud del miembro o pondría en peligro la capacidad del miembro para recuperar la función máxima, o si la determinación adversa interna final de beneficios se refiere a lo siguiente:

- Una admisión.
- Disponibilidad de atención.
- Estancia continuada.
- O un artículo o servicio de atención médica por el cual el miembro recibió servicios de emergencia, pero no le dieron el alta de un centro.

Si la IRO recibe una solicitud de revisión externa acelerada, notificará inmediatamente a Security Health Plan sobre la solicitud. La IRO determinará si la solicitud es elegible para una revisión externa acelerada. Si la solicitud no es elegible para una revisión externa acelerada, la IRO notificará al miembro y a Security Health Plan lo antes posible. Si la solicitud es elegible para una revisión externa acelerada, Security Health Plan presentará inmediatamente a la IRO todos los documentos e información contenidos en el expediente de apelación del miembro y toda otra información que se haya utilizado para la determinación adversa de beneficios o la determinación adversa final de beneficios.

La IRO notificará su decisión final tan pronto como lo requiera la afección o circunstancia médica del miembro. No pasarán más de 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de una revisión externa acelerada. Si la notificación no es por escrito, dentro de las 48 horas posteriores a la fecha en la que haya dado la notificación, la IRO dará una confirmación por escrito de esa decisión al miembro y a Security Health Plan.

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

La discriminación va en contra de la ley
Security Health Plan of Wisconsin, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, embarazo y afecciones relacionadas, sexo (incluida la orientación sexual, la identidad de género, los estereotipos sexuales, las características sexuales y los rasgos intersexuales), edad, discapacidad, estado de salud, estado civil, antecedentes de arresto o condena, ni participación militar en la administración del plan, incluyendo las determinaciones de inscripción y beneficios.

Security Health Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:
    - 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 personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al (800) 472-2363 (TTY: 711). Si cree que Security Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, religión, embarazo y afecciones relacionadas, sexo (incluida la orientación sexual, la identidad de género, los estereotipos sexuales, las características sexuales y los rasgos intersexuales), edad, discapacidad, estado de salud, estado civil, antecedentes de arresto o condena o participación militar, puede presentar una queja formal ante el coordinador de la Sección 504 a:

Security Health Plan
Attn: Section 504 Coordinator
2301 E. 60th Street
Sioux Falls, SD 57103
Teléfono: (877) 473-0911 (TTY: 711) Fax: (605) 312-9886
Correo electrónico: shp.appeals.grievance@securityhealth.org

Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de la Sección 504 de Security Health Plan está a su disposición para ayudarle. 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 aquí:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Teléfono: 1-800-368-1019 (TDD 800-537-7697)
Más información disponible en http://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Limited English Proficiency Language Services

Español: ATENCIÓN: Tiene servicios de interpretación gratuitos a su disposición. También están disponibles de forma gratuita servicios y recursos adicionales apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al (800) 472-2363 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Additional services and resources necessary to provide information on accessible formats are also available at no cost. Call (800) 472-2363 (TTY: 711) or speak with your healthcare provider.

Hmong: LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau (800) 472-2363 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

Oromo: HUBADHAA: Yoo afaan Oromoo dubbattu ta'e, tajaajilli gargaarsa afaanii bilisaa siniif ni argama. Gargaarsi gargaaraa fi tajaajilli sirrii ta'ee fi odeeffannoo bifa dhaqqabamaa ta'een kennuunis bilisaan ni argama. Bilbilaa (800) 472-2363 (TTY: 711) yookiin dhiyeessaa kee waliin haasa'aa.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie (800) 472-2363 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Amharic: ማሳሰቢያ፦ አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር (800) 472-2363 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số (800) 472-2363 (Người khuyết tật 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

Pennsylvania Dutch: WICHDICH: Wann du Deitsch schwetzscht un brauchscht Hilf fer eppes verschtehe, kenne mer dich helfe unni as es dich ennich eppes koschde zellt. Mir kenne dich en latt differnti Sadde Schprooch-Hilf bei griege, so as du Information in differnti Wege verschtehe kannscht, aa fer nix. Call (800) 472-2363 (TTY: 711) odder schwetz mit dei Provider.

Simplified Chinese: 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 (800) 472-2363（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

French: ATENCIÓN: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le (800) 472-2363 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Nepali: सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। (800) 472-2363 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

Burmese: သတိပြုရန်- သင်က မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုပါက၊ အခမဲ့ ဘာသာစကားအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရနိုင်ပါသည်။ အသုံးပြုနိုင်သော ဖော်မတ်များဖြင့် အချက်အလက်များ ဖော်ပြပေးရန် သင့်လျော်သော အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ (800) 472-2363 (TTY: 711) သို့ဖုန်းခေါ်ပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ဆောင်ရွက်ပေးသူနှင့် စကားပြောပါ။

Arabic:

نبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 472-2363 (800) (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa (800) 472-2363 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Swahili: MAKINIKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Piga simu (800) 472-2363 (TTY: 711) au zungumza na mtoa huduma wako.

Karen: ဆူ- နမ့ါကတိၤ ထၢနှာ်လီၤဖဲအံၤ အဃိ, တၢ်အိဉ်ဒီး ကျိာ်တၢ်ဆီဉ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလာ် ဘူဉ်လာ်စ့ၤလၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိဉ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်နှၢ်ဟူဝီးလီဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအ ကြၢးအဘဉ် လၢကဟ့ဉ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤနှ့ါအီၤသ့တဖဉ် လၢတလာ်ဘူဉ်လာ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး (800) 472-2363 (TTY: 711) မ့တမ့ါ် ကတိၤတၢ်ဒီး နပှၤလၢဟ့ဉ် နၤတၢ်ကွၢ်ထွဲမၤစၢၤတကွ့ါ.

Yoruba: ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá lè sọ èdè Yorùbá, àwọn ètò ìrànlọ́wọ́ èdè wà lọ́fẹ̀ẹ́ fún ọ. A ó tún pèsè àwọn ohun èlò ìrànlọ́wọ́ àti àwọn iṣẹ́ tó bá yẹ láti pèsè ìsọfúnni nípa àwọn ọ̀nà tí ó rọrùn láti lóye lọ́fẹ̀ẹ́. Pe (800) 472-2363 (TTY: 711) tàbí kí o bá olùpèsè rẹ sọ̀rọ̀.

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। (800) 472-2363 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Polish: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer (800) 472-2363 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону (800) 472-2363 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Brazilian Portuguese: ATENÇÃO: Se você fala Português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para (800) 472-2363 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Korean: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. (800) 472-2363 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Somali: FIIRO GAAR AH: Haddaad ku hadasho Soomaali, adeegyo kaalmada luuqadda ah oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Qalab caawinaad iyo adeegyo oo habboon si loogu bixiyo macluumaadka qaabab la adeegsan karo ayaa sidoo kale bilaa lacag heli karaa. Wac (800) 472-2363 (TTY: 711) ama la hadal bixiyahaaga.

Laos: ຊຶ່ນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ (800) 472-2363 (TTY: 711) ຫ ຼ ືລົມກັບຜູ້ໃຫບ້ ໍລິການຂອງທ່ານ.

Letra grande: si necesita materiales en letra grande, llame al (800) 472-2363 (TTY: 711).

SECCIÓN X: CÓMO SECURITY HEALTH PLAN PROTEGE SU PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD, ASÍ COMO LA FORMA EN LA QUE USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso sobre prácticas de privacidad ("Aviso") se aplica a Sanford Health Plan y Security Health Plan. Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Sanford al (800) 325-9402. También puede enviar sus preguntas por correo electrónico a privacyoffice@sanfordhealth.org.

Este Aviso describe la forma en la que usaremos y divulgaremos su información de salud. Los términos de este Aviso se aplican a toda la información de salud que genere o reciba Sanford Health Plan y Security Health Plan, ya sea que se encuentre registrada en nuestros registros comerciales, su registro médico, facturas, formularios impresos o registrada de cualquier otra manera. A menos que la ley disponga lo contrario, cualquier dato o información sobre la salud, el diagnóstico o el tratamiento de un miembro o de un posible miembro en virtud de una póliza o un contrato, que Sanford Health Plan o Security Health Plan obtengan de dicha persona o de un proveedor de atención médica, es confidencial y no podrá divulgarse, salvo en los casos que se indican a continuación.

CÓMO USAMOS Y DIVULGAMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usamos o divulgamos su información de salud de la siguiente manera (en Minnesota, primero, obtendremos su consentimiento previo):

- **Para ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que reciba:** Podremos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo estén tratando. Por ejemplo, un médico podría enviarnos información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento, así nosotros podemos ofrecer servicios adicionales.
- **Para pagar sus servicios médicos:** Podemos usar y divulgar su información de salud para el pago de sus servicios de salud. Por ejemplo, compartimos información sobre usted con su proveedor para coordinar el pago de dichos servicios.
- **Para nuestras operaciones de atención médica:** Podremos usar o compartir su información de salud para realizar nuestras operaciones cotidianas, mejorar nuestros servicios y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted. También podemos usar y divulgar su información de salud protegida para determinar los costos de las primas, la suscripción, las tarifas y los montos de costo compartido, siempre que no se pueda usar información genética para fines de suscripción. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.
- **Para administrar su plan:** Podremos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan. Por ejemplo, su compañía celebra un contrato con nosotros para brindar un plan de salud, y nosotros le proporcionamos a su compañía algunos datos estadísticos para explicar las primas que cobramos.

Podremos compartir su información de salud en los siguientes casos, a menos que usted nos indique lo contrario. Si usted no pudiera expresarnos su preferencia, podremos proceder a compartir su información si creemos que es para su beneficio o que es necesario para atenuar una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad:

- **Amigos y familia:** Podremos divulgar a su familia y amigos personales cercanos toda la información de salud que se relacione directamente con la participación de dicha persona en el pago de su atención médica.
- **Ayuda en caso de catástrofes:** Podremos divulgar su información de salud a organizaciones de ayuda en caso de catástrofes en casos de emergencia.

Asimismo, podremos usar y compartir su información de salud para otros fines, sin su consentimiento previo en los siguientes casos:

- **Cuando lo exija la ley:** Compartiremos su información si lo exigen las leyes estatales o federales, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos, en caso de que desee verificar que estemos cumpliendo con la ley federal de privacidad. Esto puede incluir la divulgación de información sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Cumplimiento de la ley:** Podremos compartir información para fines de cumplimiento de la ley. Esto incluye compartir información para ayudar a localizar a un sospechoso, un fugitivo, una persona desaparecida o un testigo.
- **Por cuestiones de seguridad y salud pública:** Podremos compartir información en determinados casos para ayudar a prevenir enfermedades, colaborar para retirar productos del mercado, informar reacciones adversas a medicamentos y para prevenir o atenuar una amenaza grave a la salud o la seguridad de cualquier persona.
- **Litigios y acciones judiciales:** Podremos compartir su información en respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una citación.
- **Donación de órganos y tejidos:** Podremos compartir su información con organizaciones de procuración de órganos.
- **Examinadores médicos y directores de funerarias:** Podremos compartir información con médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias en caso de fallecimiento de una persona.
- **Compensación laboral, instituciones correccionales y otras solicitudes gubernamentales:** Podremos compartir información con empleadores a los fines de reclamaciones de compensación laboral. También compartimos información con las instituciones correccionales sobre sus reclusos. También podremos compartir información con agencias de supervisión de la salud cuando así lo autorice la ley y otras funciones gubernamentales especiales, como militares, de seguridad nacional y de servicios de protección presidencial.
- **Investigación:** Podremos usar o compartir su información para determinados proyectos de investigación que se hayan evaluado y aprobado a través de un procedimiento que tenga en cuenta la necesidad de privacidad del miembro.

Podremos comunicarnos con usted en los siguientes casos:

- **Opciones de tratamiento:** Para proporcionar información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios, proveedores o servicios relacionados con la salud que puedan ser relevantes para su atención.
- **Recaudación de fondos:** Podremos comunicarnos con usted sobre actividades de recaudación de fondos, pero usted puede pedirnos que no lo contactemos de nuevo.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Con respecto a su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

- **A obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones:** Usted puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de sus registros de salud y reclamaciones, así como toda otra información de salud que tengamos sobre usted. Nosotros le proporcionaremos una copia o un resumen en un plazo de treinta (30) días calendario a partir de su solicitud. Podremos cobrar un cargo razonable según el costo. El acceso puede ser denegado en algunas circunstancias o cuando una determinada ley prohíbe su acceso. En algunas circunstancias, es posible que esta decisión sea revisada.

- **A solicitarnos que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones:** Usted puede solicitarnos que corrijamos información de salud que usted crea que es incorrecta o esté incompleta. Podremos rechazar su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito. Estas solicitudes se deberán enviar por escrito al contacto que se indica más abajo.
- **A solicitar comunicaciones confidenciales:** Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de determinada manera (por ejemplo, a su teléfono laboral o residencial) o que le enviemos correo a un domicilio diferente. Se aprobarán todas las solicitudes razonables. Debemos decir "sí" si la divulgación de su información podría ponerle en peligro.
- **A solicitarnos que limitemos lo que usamos o compartimos:** Usted puede solicitarnos que limitemos la forma en la que compartimos su información de salud a los fines de tratamientos, pagos u operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podremos rechazarla si esto afectara su atención médica.
- **A recibir una lista de todos con quienes hayamos compartido información:** Usted puede solicitar una lista (relación detallada) de las veces que hemos compartido su información de salud en los últimos seis (6) años, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, salvo las que se relacionen con su tratamiento, pago y nuestras operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones determinadas (como las que usted nos solicitó que hiciéramos). Brindaremos una (1) relación detallada por año de manera gratuita, pero cobraremos un cargo razonable según el costo si usted solicita otra dentro de un período de doce (12) meses.
- **A recibir una copia de este aviso de privacidad:** Usted puede solicitar en cualquier momento una copia impresa de este Aviso, incluso si ha acordado recibir una copia electrónica. Le daremos una copia impresa de inmediato.
- **A elegir a alguien que tome decisiones en su nombre:** Si tiene un representante designado para la atención médica o un poder notarial médico, o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- **A presentar una queja si cree que se han infringido sus derechos:** Usted puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. si cree que hemos infringido sus derechos. Podemos informarle la dirección. Asimismo, puede presentar una queja ante nosotros con la información de contacto que figura a continuación. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

  Información de contacto:

  Sanford Health Plan
  Customer Service
  PO Box 91110
  Sioux Falls, SD 57109-1110
  (800) 752-5863 (número gratuito) | TTY/TDD 711

  Security Health Plan
  Customer Service
  1515 North Saint Joseph Avenue
  P.O. Box 8000
  Marshfield, WI 54449-8000
  (800) 472-2363 (número gratuito) | TTY/TDD 711

NUESTRAS RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON SU INFORMACIÓN DE SALUD

- La ley nos exige resguardar la privacidad y la seguridad de su información de salud.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pudiera haber puesto en riesgo la privacidad o la seguridad de su información de salud.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso y ofrecerle una copia.
- No usaremos, compartiremos ni venderemos su información para fines de comercialización ni para ningún otro fin que no sea el que se describe en este Aviso, salvo que usted nos lo indique por escrito. Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento si nos lo informa por escrito.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

El tratamiento especializado del trastorno por consumo de sustancias en ciertos centros está protegido por la ley federal título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR). Parte 2 (un "Programa de la Parte 2"). Los registros de los miembros en un Programa de la Parte 2, el testimonio sobre esos registros o el hecho de que se haya tratado a una persona en un Programa de la Parte 2 no pueden divulgarse a menos que:

1. El miembro dé su consentimiento por escrito;

2. La divulgación esté permitida por una orden judicial o requerida por otra ley estatal o federal;

3. La divulgación sea necesaria para el tratamiento en una emergencia médica; o bien

4. La divulgación esté relacionada con un delito cometido en un Programa de la Parte 2, o es necesaria para la denuncia de sospechas de abuso o negligencia infantil.

Usted puede estar de acuerdo en proporcionar un consentimiento general que permita la divulgación de los registros del Programa de la Parte 2 para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También puede optar por revocar un consentimiento general anterior sujeto a ciertas limitaciones.

LLAMADAS, MENSAJES DE TEXTO Y CORREOS ELECTRÓNICOS

Es posible que nos comuniquemos con usted acerca de su plan y atención médica utilizando los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico que nos proporcione. Esto puede incluir el uso de un sistema de marcación telefónica automatizado, mensajes de voz pregrabados o sintéticos, mensajes de texto o correo electrónico. Cuando nos comuniquemos con usted de esta manera, se le dará la oportunidad de optar por no recibir comunicaciones similares en el futuro.

Debido a que los mensajes de texto y los correos electrónicos no están encriptados, existe el riesgo de que otra persona pueda leer o acceder a estos mensajes. Por lo tanto, tomamos medidas para limitar la cantidad de información de salud que contienen. Puede optar por no recibir estos mensajes en cualquier momento.

AVISO DE DESIGNACIÓN DE ENTIDAD CUBIERTA ASOCIADA

Sanford Health Plan, Security Health Plan, Sanford Health, Marshfield Clinic Health System, y The Evangelical Lutheran Good Samaritan Society, como entidades cubiertas bajo propiedad y control comunes, se han designado a sí mismas y a sus subsidiarias como una única entidad cubierta a efectos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Sanford Health Plan y Security Health Plan comparten la información de salud sobre sus miembros con la entidad cubierta asociada para el tratamiento y otros fines permitidos por la HIPAA y la ley aplicable.

AVISO DE REGISTRO COMPARTIDO

Como entidades cubiertas afiliadas, los participantes pueden compartir registros para respaldar el intercambio de información y las operaciones según lo permitido por la HIPAA y la ley aplicable.

AVISO DE ACUERDO DE ATENCIÓN MÉDICA ORGANIZADA (OHCA)

Sanford Health Plan, Security Health Plan, Sanford Health, Marshfield Clinic Health System, y The Evangelical Lutheran Good Samaritan Society participan en un Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA) en cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Este OHCA permite a las entidades participantes compartir información sobre miembros y pacientes para promover las operaciones conjuntas permitidas por la HIPAA relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Podremos modificar los términos de este Aviso en cualquier momento y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible bajo solicitud y en línea en www.sanfordhealthplan.com y www.securityhealth.org.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

Este Aviso sobre prácticas de privacidad entra en vigencia el 15 de febrero de 2026.

SECCIÓN XI: DEFINICIONES

Empleado activo: Se considera que un miembro está empleado activamente cuando realiza tareas laborales de forma regular y a tiempo completo. Esto puede incluir vacaciones pagadas u otras licencias autorizadas y cualquier día festivo regular no laborable.

Determinación adversa del beneficio: Una determinación adversa del beneficio es cualquiera de las siguientes:

- Una denegación, reducción, cancelación o falta de pago (total o parcial) de un beneficio basado en una determinación de la elegibilidad de un miembro para participar en un plan. Esto incluye los resultados de la aplicación de cualquier revisión de utilización.
- La falta de cobertura de un artículo o servicio para el cual se proporcionan beneficios de otra manera porque Security Health Plan determina que es lo siguiente:
    - Experimental
    - De investigación
    - No es médicamente necesario.
- Cualquier rescisión, incluida cualquier cancelación o interrupción de la cobertura que tenga un efecto retroactivo.

Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo: También conocida como la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y la reforma del cuidado de salud. Una ley establecida en 2010. Esta ley se enfoca en la protección del consumidor de servicios médicos, en nuevas opciones de cobertura de salud, en una mejor atención al paciente y en menores costos médicos.

Gasto permitido: Un elemento de gasto necesario, razonable y habitual para el cuidado de la salud.

Monto permitido: El monto facturado o la tarifa negociada proporcionada en el contrato entre Security Health Plan y el proveedor dentro de la red, lo que sea menor.

Enmienda: Cualquier descripción escrita adjunta de disposiciones adicionales o alternativas a la política. Las modificaciones están sujetas a todas las condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.

Cargo auxiliar: La diferencia de costo entre el medicamento con receta de marca y el medicamento con receta genérico. El cargo complementario no contará para el límite de gastos de bolsillo de medicamentos recetados, según se define en el Programa de beneficios.

Audiólogo: Un profesional de la salud que evalúa, diagnostica, trata y maneja la pérdida auditiva y los trastornos del equilibrio en adultos y niños.

Trastornos del espectro autista: Término general para un grupo de trastornos complejos del desarrollo cerebral. Los trastornos se caracterizan, en mayor o menor medida, por dificultades en la interacción social, la comunicación verbal y no verbal y conductas repetitivas. Algunos ejemplos de trastornos del espectro autista son los siguientes:

- **Trastorno autista**: Se caracteriza por retrasos significativos en el lenguaje, desafíos sociales y de comunicación, y comportamientos e intereses inusuales. Muchas personas con trastorno autista también tienen discapacidad intelectual.
- **Síndrome de Asperger**: Se caracteriza por síntomas más leves de trastorno autista. Las personas con síndrome de Asperger pueden tener desafíos sociales y comportamientos e intereses inusuales. Sin embargo, por lo general no tienen problemas con el lenguaje o la discapacidad intelectual.
- **Trastorno generalizado del desarrollo**: No especificado de otra manera (PDD-NOS; también llamado “autismo atípico”). Las personas que cumplen con algunos de los criterios para el trastorno autista o el síndrome de Asperger, pero no todos, pueden tener un diagnóstico de PDD-NOS; las personas con PDD-NOS suelen tener menos síntomas y más leves que las personas con trastorno autista; es posible que los síntomas solo causen problemas sociales y de comunicación.

Facturación del saldo: Cuando un proveedor le factura la diferencia entre el cargo del proveedor y el monto del reembolso de Security Health Plan.

Año de beneficios: El período de 12 meses según se define en el Programa de beneficios de un miembro.

Año calendario: Del 1 de enero al 31 de diciembre.

Certificado de Cobertura/Certificado: El documento emitido a un suscriptor en virtud de la póliza que describe la cobertura y guía las decisiones de cobertura.

Enfermera partera certificada (CNM): Las CNM son enfermeras registradas que se han graduado de un programa de educación en partería acreditado por la División de Acreditación del Colegio Estadounidense de Enfermeras Parteras (ACNM) y han aprobado un examen de certificación nacional administrado por la Junta Estadounidense de Certificacion de Parteras (AMCB). Muchas CNM han recibido su educación como parteras como parte de un programa de maestría. La mayoría de las CNM trabajan en hospitales.

Partera profesional certificada (CPM): Las CPM son graduadas de programas de partera certificada o demuestran que han cumplido con todos los requisitos de certificación del NARM (Registro Norteamericano de Parteras) a través de una equivalencia, llamada Proceso de Evaluación de Portafolio. Las CPM también han aprobado el NARM (Examen Nacional de Certificación) y deben renovar su certificación cada tres años.

Hijo/hijos: El término hijo incluye a las siguientes personas relacionadas con el suscriptor:

- Hijo natural
- Hijastro
- Hijo adoptado legalmente
- Un hijo colocado con una familia para adopción
- Un hijo de quien se le ha otorgado la tutela legal 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 niño fue llamado al servicio activo federal en la Guardia Nacional o en un componente de reserva de las fuerzas armadas de los Estados Unidos mientras el hijo era menor de 27 años cuando asistía, a tiempo completo, a una institución de educación superior.

Reclamación: Una solicitud de pago presentada a Security Health Plan para el reembolso de los servicios de atención médica recibidos. Es un documento que describe los servicios recibidos, incluido el diagnóstico, el tratamiento y los costos involucrados.

Reclamante: Un miembro que solicita un beneficio o beneficios de acuerdo con los procedimientos de procesamiento de reclamaciones de Security Health Plan como se encuentran en la Sección VIII.

Ensayo clínico: Un estudio controlado científicamente registrado y aprobado de la seguridad y eficacia de un agente terapéutico (como fármaco o vacuna) utilizando sujetos humanos que dan su consentimiento.

Coseguro: Parte de los costos de un servicio cubierto de atención médica de un miembro, que se calcula como un porcentaje del monto permitido para el servicio.

Programa de apoyo comunitario (CSP): Un programa coordinado de atención y tratamiento que proporciona una variedad de servicios de tratamiento, rehabilitación y apoyo. Estos se proporcionan a las personas con enfermedades mentales crónicas a través de un programa de tratamiento identificado y con personal para garantizar lo siguiente:

- Participación terapéutica continua
- Tratamiento individualizado
- Rehabilitación

- Servicios de apoyo.

Confinamiento: El período que comienza con la admisión como paciente internado (más de 24 horas) a un hospital u otro centro de atención médica autorizado para el tratamiento de una enfermedad o lesión. El confinamiento termina cuando se produce el alta del mismo hospital o centro. El traslado a otro hospital o centro para continuar el tratamiento de la misma enfermedad o lesión relacionada se considera un confinamiento.

Copago/copago: Un monto específico en dólares que un miembro debe pagar al proveedor cada vez que se brindan ciertos servicios de atención médica cubiertos.

Servicios cosméticos: Servicios y procedimientos para mejorar la autoestima del paciente, su bienestar personal o para tratar indirectamente problemas o trastornos psiquiátricos o emocionales. Esto incluye procedimientos realizados únicamente para mejorar la apariencia. Esto también incluye los servicios y procedimientos proporcionados en relación con complicaciones de servicios o procedimientos cosméticos, o como resultado de estos.

Costo compartido: La parte de los costos de atención médica de un miembro que no están cubiertos por Security Health Plan; los ejemplos incluyen copagos, deducibles y coseguros.

Intervención en crisis: Evaluación inmediata y atención de salud mental para personas que experimentan una crisis de salud mental. Los servicios están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana, dentro del condado:

- Programas de salud mental para pacientes externos.
- Programa de salud mental para pacientes internados.
- Programa de tratamiento diurno de salud mental.

El programa cuenta con profesionales de la salud mental, paraprofesionales o voluntarios capacitados en salud mental respaldados por profesionales de la salud mental.

Cuidado de custodia: Servicios prestados a un miembro si sucede lo siguiente:

- El miembro no requiere las habilidades técnicas de una enfermera registrada.
- El miembro necesita asistencia para las actividades de la vida diaria, incluidas, entre otras, las siguientes:
    - Vestirse
    - Bañarse
    - Comer
    - Caminar
    - Tomar medicamentos recetados
    - Mantener la continencia.
- No es probable que los servicios mejoren la afección física o mental del miembro; no se espera ninguna mejora funcional adicional.

Los servicios pueden considerarse de custodia, según lo determine Security Health Plan, incluso si un miembro está bajo el cuidado de un médico, y el médico prescribe servicios para apoyar y mantener la condición física o mental del miembro.

Servicios de tratamiento diurno o programa de hospitalización parcial: Un tratamiento intensivo o intermedio de salud mental y abuso de sustancias a corto plazo dirigido médicamente, por un período de menos de 24 horas, pero de más de 4 horas, en un centro o programa con licencia o certificado. Es un servicio de tratamiento supervisado y no residencial. Consiste en sesiones programadas regularmente de diversas modalidades, como asesoramiento individual y grupal y gestión de casos, proporcionadas bajo la supervisión de un médico a tratar.

Deducible: El monto que un miembro debe pagar en un año de beneficios antes de que Security Health Plan pague los beneficios según la póliza. El miembro puede consultar su Programa de beneficios para conocer su deducible anual.

Dependiente: Una persona que depende de otra persona para la cobertura de atención médica. Los dependientes incluyen al cónyuge o al hijo de un suscriptor.

Red secundaria para dependientes: La cobertura para dependientes fuera del área también se denomina a veces red secundaria para dependientes. Esto ofrece a sus dependientes inscritos acceso a la atención fuera del área de servicio, siempre y cuando el suscriptor resida en el área de servicio. Podrán recibir servicios cubiertos de proveedores fuera de la red a nivel de beneficios dentro de la red. Los dependientes deberán tener una dirección física fuera del área de servicio de direcciones del suscriptor. Es posible que se aplique la UCR.

Dietista: Un experto certificado en dieta y nutrición.

Programa dirigido de donantes: Un programa de donación de sangre que permite a los pacientes reclutar a sus propios donantes para satisfacer las necesidades de sangre para cirugías o transfusiones planificadas.

Equipos médicos duraderos: Equipos médicos que sean:

- Adecuados para su uso en el hogar del miembro.
- Recetados por un médico.
- Médicamente necesarios para una enfermedad o lesión específica.
- Capaces de soportar el uso repetido.
- No desechables.
- Que no se puedan colocar dentro del cuerpo.

Emergencia: Una emergencia se define como una afección médica que involucra síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, que llevaría a una persona prudente que posee un conocimiento promedio de la salud y la medicina a concluir razonablemente que la falta de atención médica inmediata probablemente resultará en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Peligro grave para la salud del miembro o, con respecto a una miembro embarazada, peligro grave para la salud de la miembro o del feto
- Deterioro grave de las funciones corporales del miembro
- Disfunción grave de uno o más de los órganos o partes del cuerpo del miembro

Tales condiciones, por ejemplo, incluyen ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, envenenamiento, pérdida del conocimiento o pérdida de la respiración.

Período de inscripción: El período en el que un empleado o individuo elegible puede solicitar cobertura.

ERISA: La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974.

Queja acelerada: Cualquier insatisfacción con la administración, las prácticas de reclamaciones o los servicios de Security Health Plan que implique una situación en la que la duración normal del proceso de queja podría tener efectos adversos para la salud del miembro.

Experimental o de investigación: El uso de cualquier tratamiento, procedimiento, instalación, equipo, medicamento, objeto, dispositivo o suministro para la enfermedad o lesión de un miembro que Security Health Plan determine que:

- No se ha demostrado que sea tan beneficioso como las alternativas establecidas.
- No ha sido aprobado:
    - Por la agencia gubernamental correspondiente, como la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, entre otras.
    - Para el propósito para el que se está utilizando, que incluye la afección médica del miembro.
- No tiene suficiente evidencia científica para sacar conclusiones sobre el efecto del servicio en su salud.

- Con base en una revisión de la bibliografía médica actual revisada por pares en los Estados Unidos, no se demuestra, como mínimo, un resultado clínico equivalente en comparación con el tratamiento estándar o convencional para la afección.
- El tratamiento requiere un protocolo escrito de investigación o estudio y es un protocolo de tratamiento basado en los ensayos clínicos en curso o similares a los utilizados en estos.



Nota: Un tratamiento, procedimiento, suministro, dispositivo o fármaco puede considerarse experimental o en investigación incluso si sucede lo siguiente:

- **El proveedor lo ha realizado, recetado, recomendado, ordenado o aprobado.**
- **Es el único procedimiento o tratamiento disponible para la afección.**

Cobertura familiar: La cobertura se aplica a un suscriptor cubierto y un cónyuge elegible o hijos dependientes elegibles. Para tener cobertura, un dependiente debe estar debidamente inscrito y aprobado por Security Health Plan para la cobertura.

Atención de seguimiento: La atención de seguimiento se refiere a los servicios que recibe una vez que su afección se ha estabilizado después de necesitar atención de emergencia. La atención de seguimiento está cubierta solo cuando se recibe de proveedores dentro de la red. Si necesita atención de seguimiento antes de poder regresar al área de servicio, debe obtener autorización previa de Security Health Plan.

Las reglas de atención de seguimiento son diferentes para los estudiantes que asisten a la 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 la 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 correctamente.

Formulario: Una lista de medicamentos con receta, productos o dispositivos cubiertos que han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. El formulario es desarrollado y revisado por un comité de médicos y farmacéuticos. Está sujeto a revisiones y cambios periódicos. El formulario está disponible a pedido o en www.securityhealth.org/prescription-tools.

Estudiante a tiempo completo y estado de estudiante a tiempo completo: Un hijo dependiente cubierto inscrito a tiempo completo en uno de los siguientes lugares acreditados

- Escuela secundaria.
- Escuela vocacional.
- Escuela técnica.
- Escuela de educación para adultos.
- Facultad.
- O la universidad.

Dicha escuela debe proporcionar un cronograma de cursos escolares y su actividad principal debe ser proporcionar una educación académica. Un programa de aprendizaje no se considera una escuela, colegio o universidad acreditada para este propósito.

Queja: Cualquier insatisfacción con una aseguradora que ofrece un plan de beneficios de salud o la administración de un plan de beneficios de salud por parte de la aseguradora que se expresa por escrito a la aseguradora por, o en nombre de, un asegurado, incluyendo cualquiera de los siguientes:

- Prestación de servicios.
- Determinación de reformar o rescindir una política.
- Determinación de un diagnóstico o nivel de servicio requerido para el tratamiento basado en la evidencia de los trastornos del espectro autista.
- Prácticas de reclamaciones.

Consulte también la queja acelerada.

Política de grupo: El acuerdo entre Security Health Plan y el empleador para proporcionar beneficios de atención médica a sus empleados. Security Health Plan se compromete a asegurar a los miembros del empleador para futuros servicios de atención médica cubiertos a través de pagos de beneficios y sujetos a los términos, las condiciones y las disposiciones de cobertura.

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

Audífonos: Dispositivos electrónicos de amplificación diseñados para llevar el sonido de manera más efectiva al oído. Un audífono consta de un micrófono, un amplificador y un receptor.

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO): Un plan de seguro de salud que brinda cobertura médica dentro de una red de proveedores participantes.

Servicios de atención domiciliaria: Servicios de atención médica proporcionados directamente a un miembro en el hogar del miembro, en virtud de un plan de atención domiciliaria por escrito presentado por el médico tratante del miembro.

Atención de hospicio: Servicios específicos de atención médica que se brindan a un miembro cuya expectativa de vida, según lo certificado por un médico, es de seis meses o menos, y que brinda servicios a través de un proveedor de atención de hospicio autorizado. La atención está disponible de forma intermitente con servicios de guardia disponibles las 24 horas. Incluye servicios proporcionados para aliviar el dolor y hacer que el miembro se sienta lo más cómodo posible.

Hospital: Una institución acreditada por la Comisión Conjunta, que brinda servicios de enfermería las 24 horas y un personal profesional de médicos y cirujanos con licencia que brindan y supervisan servicios. Su función principal debe ser proporcionar instalaciones diagnósticas, terapéuticas, quirúrgicas y de tratamiento a las personas que padecen enfermedades o dolencias, ya sean físicas o mentales.

Enfermedad: Una enfermedad, afección o dolencia física, incluida la salud mental y el abuso de sustancias.

Familia inmediata: Las siguientes personas relacionadas con un miembro cubierto:

- Cónyuge
- Hijos naturales y adoptivos
- Hijos entregados en adopción a su cuidado
- Hijastros
- Padres
- Abuelos
- Nietos
- Hermanos y hermanas, y cónyuges de tales personas.

Dispositivo auditivo implantable: Cualquier instrumento o dispositivo implantable que esté diseñado para mejorar la audición.

Infertilidad: La incapacidad física para concebir después de al menos 12 meses consecutivos de relaciones sexuales sin protección. Esta incapacidad debe ser documentada por un proveedor. La infertilidad no se considera una enfermedad.

Lesión/lesiones: Daños corporales causados por un incidente. El daño corporal debe ser el resultado del incidente directamente e independientemente de todas las demás causas. El daño dental causado por la masticación no se considera una lesión.

Proveedor dentro de la red: Un proveedor o centro de atención médica que tiene un contrato de proveedor con Security Health Plan para proporcionar tratamiento médico, servicios o suministros para los miembros de Security Health Plan. Esto incluye lo siguiente:

- Médicos
- Profesionales
- Instalaciones de tratamiento calificadas
- Farmacias
- Hospitales
- Hospitales y clínicas de atención de salud conductual.

Farmacia dentro de la red: Una farmacia que tiene un contrato con Security Health Plan o su delegado para proporcionar medicamentos con receta a los miembros de Security Health Plan. Por lo general, se excluyen las farmacias de atención a largo plazo.

Centro de rehabilitación para pacientes internados: Un hospital que brinda servicios de salud de rehabilitación para pacientes internados, según lo autorizado por la ley. Podría tratarse de una unidad especial de un hospital designada como tal. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla.

Programas intensivos para pacientes externos: Tratamiento para enfermedades mentales o trastornos por uso de sustancias psicoactivas proporcionado de acuerdo con los criterios de colocación de la American Society of Addiction Medicine. Programas que tienen la capacidad de prestación de servicios planificados y estructurados de al menos dos horas por día y tres días por semana. La gama de servicios ofrecidos podría incluir psicoterapia grupal, individual, familiar o grupal multifamiliar, servicios psicoeducativos y seguimiento médico.

Servicios intensivos: Terapia conductual basada en la evidencia que está diseñada para ayudar a una persona con trastorno del espectro autista a superar los déficits cognitivos, sociales y conductuales asociados con el trastorno. Los servicios de nivel intensivo pueden incluir terapia del habla basada en la evidencia y terapia ocupacional proporcionada por un terapeuta calificado cuando dicha terapia se basa en, o está relacionada con, los objetivos y habilidades terapéuticas de un individuo, y está asociada con la terapia conductual basada en la evidencia.

Profesional de salud mental con licencia: Un trabajador social clínico, un terapeuta matrimonial y familiar o un consejero profesional que tenga licencia de acuerdo con el estatuto estatal.

Partera con licencia: Una partera que tiene una licencia, pero que puede o no haber obtenido la credencial CPM, se llama partera con licencia o registrada.

Centro de enfermería especializada con licencia: Un centro de enfermería autorizado como centro de enfermería especializada por el estado en el que se encuentra. El establecimiento debe contar con personal, mantenimiento y equipamiento para proporcionar los siguientes servicios de enfermería especializada de forma continua:

- Observación y evaluación.
- Atención especializada.
- Programas restaurativos.
- Programas de actividades.

Estos servicios deben prestarse bajo dirección profesional y supervisión médica, según sea necesario.

Cuidados de mantenimiento: Un plan de tratamiento que busca prevenir enfermedades, promover la salud y prolongar y mejorar la calidad de vida y se realiza para mantener la afección o prevenir el deterioro de una afección crónica. Cuando no se puede esperar razonablemente una mejoría clínica adicional de la atención continua y el tratamiento se vuelve de apoyo en lugar de correctivo, el tratamiento se considera de mantenimiento.

Servicios de maternidad: La atención prenatal, el parto y la atención posnatal que factura el proveedor en virtud del paquete obstétrico. Las visitas prenatales adicionales para embarazos de alto riesgo por parte del proveedor obstétrico también se consideran atención de maternidad.

Medicaid: Beneficios disponibles bajo planes estatales de conformidad con el Título XIX de la Ley del Seguro Social de 1965, según su enmienda.

Medicamento de beneficio médico: Un medicamento elegible que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos y que es administrado predominantemente por un proveedor en los siguientes lugares:

- Consultorio del proveedor
- Clínica
- Hospital
- O por infusión en el hogar.

Estos medicamentos son administrados principalmente por:

- Inyección intravenosa (IV)
- Infusión IV
- Inyección intramuscular (IM)
- Inyección intravítrea (ocular)
- Inyección intraarticular (articulaciones)
- Inyecciones intratecales
- Inyecciones subcutáneas limitadas requeridas en una emergencia para afecciones agudas
- Medicamentos requeridos como parte de un procedimiento quirúrgico o de diagnóstico.

Necesidad médica: La atención médicamente necesaria implica tratamientos, servicios o suministros proporcionados por un hospital o proveedor que se requieren para identificar o tratar la enfermedad o lesión de un miembro. Estos deben ser determinados por los directores médicos de Security Health Plan como:

- Coherentes con la enfermedad o lesión del miembro.
- Conformes a los estándares generalmente aceptados de la práctica médica que se basan en evidencia científica válida para mostrar los beneficios esperados para la salud publicados en la bibliografía médica revisada por pares.
- No solo para la conveniencia de un miembro, hospital u otro proveedor.
- El nivel de servicio más apropiado que se puede proporcionar de manera segura al miembro de la manera más rentable.
- El servicio se realiza en el entorno menos costoso que sea médicamente apropiado.

Security Health Plan se reserva el derecho de revisar todas las reclamaciones para determinar si los servicios son médicamente necesarios. Security Health Plan puede utilizar el servicio de consultores médicos, comités de revisión por pares de normas profesionales u hospitales, y otros consultores para tomar su decisión. Un servicio no siempre se considera médicamente necesario cuando un proveedor ha prescrito, ordenado, recomendado o aprobado un tratamiento, servicio o suministro, o ha informado a un miembro de su disponibilidad.

Los Estándares de Práctica Médica Generalmente Aceptados son estándares que se basan en evidencia científica creíble publicada en la bibliografía médica revisada por pares generalmente reconocida por la comunidad médica relevante, que se basan principalmente en ensayos clínicos controlados o, si no están disponibles, estudios observacionales de más de una institución que sugieren una relación causal entre el servicio o tratamiento y los resultados de salud. Si no se dispone de pruebas científicas creíbles, se pueden considerar las normas que se basan en las recomendaciones de las sociedades de especialidades médicas o en las normas profesionales de atención. Tenemos derecho a consultar la opinión de expertos para determinar si los servicios de atención médica son médicamente necesarios. La decisión de aplicar las recomendaciones de la sociedad de especialidades médicas, la elección del experto y la determinación de cuándo utilizar dicha opinión experta, serán determinadas por nosotros.

Servicios médicos: Servicio prestado a un miembro en el tratamiento de una enfermedad o lesión.

Suministros médicos: Artículos que son lo siguiente:

- Se utilizan principalmente para tratar una enfermedad o lesión.
- Por lo general, no son útiles para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión.
- Recetados por un médico.

Medicare: Beneficios disponibles bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social de 1965, según su enmienda.

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

Afecciones de salud mental: También llamadas trastornos nerviosos o mentales, según se enumeran en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociacion Estadounidense de Psiquiatria Quinta Edición (DSM-5) o la Clasificación Internacional de Enfermedades. Esto incluye el abuso de sustancias, el alcoholismo o el abuso de drogas.

Servicios no intensivos: Terapia basada en la evidencia que se lleva a cabo después de la finalización del tratamiento para servicios intensivos y que está diseñada para mantener y maximizar las ganancias obtenidas durante el tratamiento con servicios de nivel intensivo o, para una persona que no ha recibido ni recibirá servicios de nivel intensivo, terapia basada en la evidencia que mejorará la afección del individuo.

Aparatos ortopédicos: Dispositivos que brindan soporte para articulaciones, tendones, músculos o huesos dañados, y que se pueden personalizar según los déficits funcionales y la anatomía de un paciente.

Proveedor fuera de la red: Un proveedor que no tiene un contrato con Security Health Plan.

Centro de tratamiento para pacientes externos: Un centro médico autorizado o aprobado por el Departamento de Servicios de Salud para proporcionar servicios de atención de salud mental. Estos servicios para pacientes externos deben cumplir con los estándares del Departamento de Servicios de Salud.

Padres: Madre, padre o tutor legal.

Enfermedad física: Un cambio en una función, estructura o sistema del cuerpo humano que causa, o causará si no se detecta o no se trata, un deterioro del estado saludable o de la función, estructura o sistema del cuerpo humano. A los efectos de este Certificado, la enfermedad física incluye el embarazo y las complicaciones del embarazo.

Médico: Una persona que recibió un título en medicina de una facultad o universidad acreditada es un médico o cirujano con licencia del estado en el que se encuentra y brinda servicios de atención médica mientras actúa dentro del alcance legal de su licencia.

Plan: Un plan de seguro de salud incluye un paquete de artículos y servicios de atención médica cubiertos y establece cuánto pagará por esos artículos y servicios. En otras palabras, un plan de salud describirá los tipos de artículos y servicios de atención médica que cubrirá (ayudará a pagar) y cuánto pagará por esos artículos y servicios.

Póliza: El acuerdo completo emitido al empleador que incluye todo lo siguiente (si corresponde):

- Póliza de seguro de grupo
- Certificación
- Programa de beneficios
- Cláusulas
- Enmiendas
- Solicitud
- Cualquier aplicación complementaria

Asegurado: La empresa propietaria de la póliza de seguro.

Medicamento con receta: Un medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos y que, según la ley federal o estatal, debe dispensarse solo de conformidad con una orden de receta. Un medicamento con receta incluye un medicamento que, debido a sus características, es apropiado para la autoadministración o la administración por parte de un cuidador no calificado. Esto incluye medicamentos recetados en 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.

Orden de receta: La solicitud legal hecha por un médico u otro proveedor que está autorizado para recetar medicamentos.

Servicios preventivos: Atención preventiva para detectar y prevenir enfermedades futuras. Estos servicios se identifican en función del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y las pautas internas. Las recomendaciones de servicios preventivos se basan en pautas basadas en la evidencia que atienden a una población de personas en función de la edad, el sexo y otros factores. Estas recomendaciones se aplican solo a las personas que no tienen signos, síntomas o diagnóstico de la enfermedad o afección específica que se está evaluando.

Proveedor de atención primaria: Un proveedor de atención médica que un miembro consulta para coordinar su atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- Médicos.
- Enfermeros profesionales.
- Asistentes médicos.

Estos proveedores incluyen medicina del adolescente, medicina familiar, medicina interna, medicina general o pediatría.

Plan primario/plan secundario: La subsección titulada “Orden de las reglas de determinación de beneficios” describe cuándo este plan es un plan primario o un 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 ser un plan principal respecto de los otros planes y puede ser un plan secundario respecto de un plan diferente u otros planes.

Solicitud de autorización previa: Un proceso para determinar si Security Health Plan brindará cobertura antes de que el miembro reciba los medicamentos, servicios o equipos para lo siguiente:

- Medicamentos con receta.
- Medicamentos de beneficio médico.
- Servicios médicos/quirúrgicos.
- Servicios de salud conductual.
- Servicios para pacientes internados.
- Equipo.

Enfermería privada: La atención de enfermería que brindan una enfermera con licencia de manera individual a un miembro en un entorno para pacientes hospitalizados o en el hogar cuando se cumple alguna de las siguientes opciones:

- No se identifican servicios especializados.
- Hay recursos de enfermería especializada disponibles en el centro.
- La atención especializada puede brindarse a través de una agencia de atención médica a domicilio por consulta con un fin específico.
- El servicio es proporcionado a un miembro por una enfermera independiente que es contratada directamente por el miembro o su familia; esto incluye los servicios de enfermería prestados como paciente internado o de atención domiciliaria, ya sea que el servicio sea de enfermería independiente especializada o no especializada.

Servicios profesionales: Servicios prestados por profesionales médicos autorizados directamente a un miembro para tratar su enfermedad o lesión.

Prótesis: Un artículo que reemplaza toda o parte de una extremidad o un órgano interno del cuerpo.

Proveedor: Un médico, doctor (PhD), hospital, clínica y cualquier otra persona, instituto o entidad con licencia, certificado o autorizado para proporcionar servicios de atención médica dentro del alcance de su licencia según se define en el estatuto de Wisconsin s.146.81(1).

Evento que califica: Un evento que califica es un evento de la vida, según se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) que le permitiría inscribirse o realizar cambios en su cobertura existente. Ejemplos de eventos calificados incluyen un cambio en el estado civil, el nacimiento de un hijo o el inicio del empleo.

Procedimientos reconstructivos: Procedimientos realizados para mejorar la función de estructuras anormales del cuerpo causadas por lo siguiente:

- Defecto congénito.
- Anomalías del desarrollo.
- Trauma.
- Infección.
- Tumores.
- Enfermedad.

Servicios de rehabilitación: Servicios de atención médica en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados o externos. Estos servicios le ayudan a recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que estuvo enfermo o herido. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:

- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Terapia del lenguaje/habla
- Rehabilitación psiquiátrica.

Extranjero legal residente: Un residente de los Estados Unidos nacido en el extranjero que no es ciudadano estadounidense. Un extranjero legal residente también se conoce como residente permanente o residente permanente legal. Las personas con una visa de trabajo son elegibles para una cobertura que se extiende a sus hijos (de quienes no requerimos documentación).

Centro de tratamiento residencial: Un centro que ofrece un programa de servicios eficaces para el abuso de sustancias o enfermedades mentales y cumple con todos los siguientes requisitos:

- Se establece y opera de acuerdo con la ley estatal aplicable para los programas de tratamiento residencial.
- Proporciona un programa de tratamiento bajo la participación activa y la dirección de un médico.
- Tiene o mantiene un programa de tratamiento escrito, específico y detallado, que requiere residencia a tiempo completo y participación a tiempo completo por parte del paciente.
- Proporciona al menos los siguientes servicios básicos en un entorno estructurado las 24 horas del día:
    - Habitación y comida.
    - Evaluación y diagnóstico.
    - Asesoramiento.
    - Derivación y orientación a recursos comunitarios especializados.

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

Servicios de tratamiento residencial: Una instalación autorizada o certificada como tal por la jurisdicción en la que se encuentra para operar un programa para el tratamiento y la atención de participantes diagnosticados con trastornos por abuso de alcohol, drogas o sustancias o enfermedades mentales. El programa es un entorno terapéutico clínicamente supervisado, apoyado por pares y con participación clínica. El servicio proporciona

tratamiento para el abuso de sustancias en forma de lo siguiente:

- Asesoramiento.
- Acceso inmediato al apoyo entre iguales a través del entorno.
- Manejo de casos intensivos.

Esto puede incluir la educación directa y el monitoreo en las siguientes áreas:

- Salud e higiene personal.
- Socialización comunitaria.
- Preparación para el trabajo.
- Asesoramiento para la resolución de problemas.
- Servicio de empleada doméstica.
- Planificación financiera.

Programa de beneficios: El documento que acompaña a este Certificado que describe los beneficios específicos y las limitaciones de beneficios para los gastos cubiertos proporcionados según los términos de este Certificado. Su Programa de beneficios describe los montos de deducible, coseguro y copago de su plan asociados con diferentes servicios médicos o de farmacia.

Área de servicio: El área geográfica donde Security Health Plan tiene licencia para vender seguros.

Servicios: Hospitalarios, profesionales, quirúrgicos, de maternidad, médicos o cualquier otro servicio prestado por un proveedor. Los servicios incluyen medicamentos con receta, tratamiento y suministros.

Atención de enfermería especializada: Servicios que se brindan por orden de un médico y deben ser brindados por personal autorizado, como una enfermera registrada, incluidas las terapias.

Dientes naturales sanos: Dientes que no están enfermos ni afectados por la enfermedad periodontal. Un diente sano es aquel que está suficientemente soportado por su estructura natural (hueso y tejido de las encías) y que está formado por el cuerpo humano y no está cariado o debilitado por trabajos dentales previos en el lugar de la lesión.

Medicamentos con receta especializados: Un medicamento elegible designado como especialidad por Security Health Plan.

Suscriptor: Un suscriptor es la persona que tiene la póliza, el “titular de la póliza”. Por lo general, se trata de un padre o un miembro adulto de una familia.

Servicios por abuso de sustancias: Tratamiento del alcoholismo y trastornos por consumo de sustancias.

Atención de apoyo: La atención de un miembro que ha alcanzado el máximo beneficio terapéutico, en el que los ensayos periódicos de abstinencia terapéutica no logran mantener las ganancias terapéuticas previas que, de otro modo, se deteriorarían progresivamente.

Telesalud: Una visita virtual entre un paciente y un proveedor que se puede realizar a través de una videoconferencia segura.

Tratamiento: Atención proporcionada por un médico u otro proveedor autorizado para el diagnóstico, el remedio y la terapia de una enfermedad o lesión.

Atención de urgencia: Servicios de atención médica que se requieren para prevenir el deterioro grave de su salud como resultado de una enfermedad o lesión imprevista o la aparición de síntomas repentinos o graves.

Usuales, habituales y razonables (UCR): El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica, en función de lo que los proveedores en el área suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar.

Intervenciones para bajar de peso: Servicios o programas para la reducción de peso, el control dietético, la supresión del apetito u otros programas populares de control de peso, como Weight Watchers®.

SecurityHealth Plan®

Promises kept, plain and simple.

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

(800) 472-2363
(715) 221-9555
TTY: 711
Fax (715) 221-9500

www.securityhealth.org

©2026 Security Health Plan of Wisconsin, Inc. Todos los derechos reservados. Se debe solicitar a Security Health Plan of Wisconsin, Inc. el permiso por escrito para reproducir o transmitir este documento en cualquier forma o por cualquier medio.

21602-008 8/26