

## Exclusiones generales de la póliza

---

Los siguientes no son **servicios cubiertos** por su póliza:

### Aborto

Servicios y suministros proporcionados para realizar un aborto, a menos que sean necesarios para preservar la vida de la madre.

### Medicamentos para el aborto

Medicamentos usados para la interrupción voluntaria del embarazo, a menos que sean necesarios para preservar la vida de la madre.

### Tratamiento de salud emocional y psicológica

Servicios para los siguientes casos, en función de las categorías, las enfermedades, los diagnósticos o los términos equivalentes según se mencionan en la última versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)* de la Asociación Americana de Psiquiatría:

- **Internación** en un centro para el tratamiento de demencia o amnesia sin una perturbación del comportamiento que precise tratamiento de salud mental.
- Servicio escolar o educativo, que incluye educación especial, educación correctiva, programas de tratamiento en la naturaleza o programas similares o relacionados.
- Servicios provistos junto con actividades escolares, laborales, profesionales o recreativas.
- Transporte.
- Trastornos y desviaciones sexuales, a excepción de lo descrito en la sección “Cobertura y exclusiones”.
- Trastornos por consumo de tabaco y dependencia de la nicotina, a excepción de lo descrito en “Cuidado preventivo” de la sección “Cobertura y exclusiones”.

### Sangre, plasma sanguíneo, sangre sintética, derivados o sustitutos de la sangre

Por ejemplo:

- El suministro de sangre donada al **hospital**, a excepción de los factores de coagulación derivados de la sangre.
- Cualquier servicio relacionado con sangre donada que incluya los costos de procesamiento, almacenamiento o reemplazo.
- Los servicios de donantes de sangre (incluido usted), aféresis o plasmaféresis.
- La sangre que dona para su propio uso, excepto los costos de administración y procesamiento.

### Cirugía plástica y servicios cosméticos

Cualquier tratamiento, **cirugía** (cosmética o plástica), servicio o suministro para modificar, mejorar o resaltar la forma o la apariencia del cuerpo, excepto lo que se describe en la sección “Cobertura y exclusiones”.

### Pruebas dispuestas por orden judicial

Pruebas o cuidado dispuesto por orden judicial, salvo que sean **médicamente necesarios**.

### Cuidado no médico

Servicios y suministros cuyo objetivo es ayudarlo a realizar las actividades de la vida cotidiana o satisfacer otras necesidades personales. Por ejemplo:

- Cuidado de rutina de los pacientes, como cambiarles vendajes, darlos vuelta y ubicarlos en la cama regularmente.
- Administración de medicamentos orales.
- Cuidado de una traqueotomía estable (incluida la succión intermitente).
- Cuidado de una colostomía o una ileostomía estables.

- Cuidado de sondas de alimentación (intermitente o constante) nasogástricas, de gastrostomía o yeyunostomía estables.
- Cuidado de un catéter uretral, que incluye vaciar y cambiar los contenedores, y sujetar el tubo.
- Vigilancia o protección del paciente.
- Cuidado temporal para el descanso de la familia, cuidado diurno de adultos o niños, o cuidado de convalecientes.
- Cuidado institucional, que incluye **habitación y comida** para curas de reposo, cuidado diurno de adultos y cuidado de convalecientes.
- Ayuda para caminar, asearse, bañarse, vestirse, acostarse, levantarse, ir al baño, comer o preparar las comidas.
- Cualquier otro servicio que podría enseñarse a una persona sin capacitación médica o paramédica.
- Para la salud emocional y psicológica (tratamiento de salud mental y tratamiento de **trastornos relacionados con el abuso de sustancias**):
  - Servicios prestados cuando ha alcanzado el mayor nivel de capacidad funcional que se espera con el nivel actual de cuidado, para un diagnóstico específico.
  - Servicios que se prestan principalmente para lo siguiente:
    - Mantener, no mejorar, un nivel de capacidad funcional.
    - Brindar un lugar sin condiciones que pudieran empeorar su estado físico o mental.

## Servicios educativos

Por ejemplo:

- Cualquier servicio o suministro relacionado con servicios o pruebas de educación, capacitación o perfeccionamiento. Esto incluye:
  - Educación especial.
  - Educación correctiva.
  - Programas de tratamiento en la naturaleza (sin importar si el programa forma parte de un **centro residencial de tratamiento** o una institución autorizada).
  - Capacitación laboral.
  - Programas de perfeccionamiento laboral.
- Servicios educativos, programas escolares y otros relacionados o similares, incluidos los terapéuticos en el entorno escolar.

## Exámenes

Cualquier examen dental o de salud que deba realizarse por estos motivos:

- Lo solicita un tercero. Por ejemplo, exámenes para obtener o mantener un puesto de trabajo, y exámenes requeridos por un contrato laboral o de otro tipo.
- Para adquirir un seguro o para mantener una licencia.
- Para viajar.
- Para asistir a una institución educativa, un campamento o un evento deportivo, o para practicar un deporte o realizar otra actividad recreativa.

## Servicios en etapa de prueba o investigación

Los medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos **en etapa de prueba o investigación**, a menos que estén cubiertos de otro modo como ensayos clínicos.

## Cuidado de los pies

Excepto según lo indicado en “Servicios, suministros y equipos para diabéticos (incluye programas para el autocuidado)” de la sección “Cobertura y exclusiones”, se cubren servicios y suministros para lo siguiente:

- Tratamiento de callos, juanetes, uñas del pie, dedos en martillo o pies planos.
- Tratamiento de pies débiles, dolor de pie crónico o afecciones provocadas por actividades habituales, como caminar, correr, trabajar o usar zapatos.

- Suministros (incluidos zapatos ortopédicos), dispositivos de ortopedia para pies, soportes de arco, plantillas para zapatos, tobilleras ortopédicas, protectores, cremas, ungüentos y otros equipos, dispositivos y suministros.

### **Cuidado por crecimiento o estatura**

- Un tratamiento, dispositivo, medicamento, servicio o suministro para aumentar o disminuir la estatura o para alterar la velocidad de crecimiento.
- **Procedimientos quirúrgicos**, dispositivos para estimular el crecimiento y hormonas de crecimiento.

### **Audífonos**

Cualquier examen, aparato y dispositivo que se utilice para lo siguiente:

- Mejorar la audición.
- Mejorar otras formas de comunicación a fin de compensar la pérdida de la audición o dispositivos que simulan el habla.

### **Exámenes de audición**

Exámenes de audición que se llevan a cabo para la evaluación y el tratamiento de una enfermedad, lesión o pérdida de audición.

### **Cuidado de mantenimiento**

Cuidado que consiste en servicios y suministros que se brindan para mantener, más que mejorar, un nivel de función física o mental, a excepción de los servicios de terapia de habilitación.

### **Suministros médicos (desechables para tratamiento ambulatorio)**

Cualquier suministro o dispositivo desechable en casos ambulatorios. Por ejemplo:

- Fundas.
- Bolsas.
- Prendas elásticas.
- Medias de soporte.
- Vendas.
- Orinales de cama.
- Kits de pruebas en el hogar no relacionadas con el control de la diabetes.
- Férulas.
- Collarines.
- Apósitos.
- Otros dispositivos que no están destinados a ser utilizados por otro paciente.

### **Citas a las que no asistió**

Costos por citas médicas canceladas o a las que no haya asistido.

### **Apoyo nutricional**

Cualquier alimento, incluidos los siguientes:

- Fórmulas para bebés.
- Suplementos nutricionales.
- Vitaminas.
- Vitaminas con **receta**.

- Alimentos médicos.
- Otros artículos nutricionales, excepto el asesoramiento nutricional para servicios para diabéticos.

### **Cirugía bariátrica y servicios para tratar la obesidad**

Tratamientos o medicamentos para reducir o aumentar el peso corporal, controlar el peso o tratar la obesidad (incluida la obesidad mórbida), salvo según se describe en la sección “Cobertura y exclusiones”. Se incluyen los servicios preventivos para los exámenes de detección de obesidad y las intervenciones de control de peso, independientemente de la existencia de otras enfermedades. Por ejemplo:

- Liposucción, colocación de bandas, engrapado del estómago, derivación gástrica y otras formas de **cirugía bariátrica**.
- **Procedimientos quirúrgicos**, tratamientos médicos y programas de pérdida o control de peso cuyo propósito principal es tratar la obesidad o está relacionado con el tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad mórbida.
- Medicamentos, estimulantes, preparados, alimentos o suplementos dietarios, suplementos y regímenes alimenticios, suplementos nutricionales, supresores del apetito y otras medicinas.
- Hipnosis u otras formas de terapia.
- Programas de ejercicios, equipos de entrenamiento, membrecías en gimnasios, terapia recreativa u otras formas de hacer ejercicios o aumentar la actividad física.

### **Otros servicios no cubiertos**

- Servicios que no esté obligado por ley a pagar.
- Servicios que no se le cobrarían si usted no tuviera la cobertura de la póliza.

### **Otro pagador primario**

Pago de una porción del cargo del que Medicare u otra parte es responsable como pagador primario.

### **Artículos para el cuidado, la comodidad o la conveniencia personales**

Cualquier servicio o suministro que sea principalmente para su conveniencia y comodidad personal o las de un tercero.

### **Servicios que no permite la ley**

Ciertas leyes restringen la variedad de servicios de cuidado de salud que puede prestar un **proveedor** en determinadas circunstancias o en un estado particular. Cuando esto sucede, el plan no cubre los servicios.

### **Servicios brindados por un miembro de la familia**

Servicios suministrados por un cónyuge, pareja doméstica, compañero civil, padre o madre, hijo, hijastro, hermano, pariente político o cualquier miembro de la familia.

### **Servicios, suministros y medicamentos recibidos fuera de los Estados Unidos**

- Servicios médicos que no son de emergencia, medicamentos con **receta** en casos ambulatorios o suministros recibidos fuera de los Estados Unidos.
  - Dichos servicios, medicamentos o suministros no están disponibles o son ilegales en los Estados Unidos.
  - Si la compra de dichos medicamentos con **receta** o suministros fuera de los Estados Unidos se considera ilegal.

## Disfunción y mejora del rendimiento sexual

Cualquier tratamiento, medicamento con **receta** o suministro para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual, por ejemplo:

- **Cirugía**, medicamentos con **receta**, implantes, dispositivos o preparados para corregir o mejorar la función eréctil, mejorar la sensibilidad o alterar la forma de un órgano sexual.
- Terapia sexual, asesoramiento sexual, asesoramiento matrimonial u otros servicios de orientación o consejería.

## Fuerza y rendimiento

Servicios, dispositivos y suministros, como los medicamentos o los preparados cuyo efecto principal es mejorar la fuerza, el estado físico, la resistencia o el rendimiento físico.

## Terapias y exámenes

- Tomografías computarizadas de todo el cuerpo.
- Análisis capilar.
- Hipnosis e hipnoterapia.
- Terapia de masajes, salvo cuando se usa para un tratamiento de terapia física.
- Terapia sensorial o de integración de audición y sonido.

## Métodos para dejar de consumir tabaco

Cualquier tratamiento, medicamento, servicio o suministro para dejar o reducir el hábito de fumar o el consumo de productos del tabaco, o para tratar o reducir la adicción, la dependencia o las ansias asociadas a la nicotina, que incluye medicamentos, parches y goma de mascar con nicotina, a menos que estén recomendados por el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.

Esto incluye también lo siguiente:

- Asesoramiento, a excepción de lo dispuesto específicamente en la sección “Cobertura y exclusiones”.
- Hipnosis y otras terapias.
- Medicamentos, a excepción de lo dispuesto específicamente en la sección “Cobertura y exclusiones”.
- Parches de nicotina.
- Goma de mascar.

## Tratamiento en una entidad federal, estatal o gubernamental

Salvo cuando lo exijan las leyes.

- Cargos que no esté obligado por ley a pagar.
- Cargos que no se habrían cobrado si usted no tuviera cobertura conforme al plan.
- Cargos por servicios cubiertos por Medicaid.
- Cargos por cuidado en centros para veteranos cuando los servicios cumplan con los requisitos para incluirse en la cobertura del gobierno.

## Cuidado de la vista para adultos

- Examen de la vista de rutina realizado por un oftalmólogo o un optometrista, incluido el examen de diagnóstico de glaucoma y el de refracción.
- Todo servicio y suministro de cuidado de la vista, a excepción de lo descrito en la sección “Cobertura y exclusiones”.

## **Esterilización voluntaria**

- Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria, incluido el cuidado de seguimiento relacionado.

## **Programas de tratamiento en la naturaleza**

Consulte “Servicios educativos” en esta sección.

## **Enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo**

No se brindarán beneficios para servicios, lesiones o enfermedades laborales en la medida en que esté cubierto por la Ley de Indemnización a Trabajadores, o se requiera que lo esté. Si celebra un acuerdo en el cual renuncia a su derecho a percibir beneficios médicos en el futuro en virtud de una ley de indemnización a trabajadores, la póliza no pagará los beneficios médicos que se habrían pagado en ausencia de dicho acuerdo.

### **Nota importante:**

Se considerará que usted dispone de una fuente de cobertura o reembolso aun si renunció al derecho a recibir pagos de dicha fuente. También es posible que tenga cobertura en virtud de una ley de indemnización a trabajadores o similar. Si usted presenta pruebas de que no tiene cubierta una enfermedad o una lesión específica según dicha ley, la enfermedad o la lesión se considerarán no ocupacionales, independientemente de la causa.