

## Exclusiones generales de la póliza

---

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

### Aborto

Servicios y suministros para un aborto, excepto en los casos en que el embarazo es consecuencia de una violación o incesto, o si implica un serio riesgo para la vida de la mujer.

### Medicamentos para el aborto

Medicamentos usados para la interrupción electiva del embarazo, excepto en los casos en que el embarazo es consecuencia de una violación o incesto, o si implica un serio riesgo para la vida de la mujer.

### Acupuntura

- Acupuntura.
- Acupresión.

### 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.

Esta exclusión no corresponde en los siguientes casos:

- Si los servicios son **médicamente necesarios** y usted tiene un gasto.
- En cuanto a los tratamientos de hemofilia y trastornos hemorrágicos congénitos, y la terapia de infusión, consulte las secciones “Hemofilia y trastornos hemorrágicos congénitos” y “Terapia de infusión” para obtener más información.

### 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, salvo según se describe en las disposiciones “Suministros y cirugía de reconstrucción de seno” y “Suministros y cirugía de reconstrucción” de 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

Con excepción de los servicios cubiertos que se mencionan en “Cuidado de hospicio”, estos son algunos ejemplos:

- Cuidado de rutina de 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, entrar o salir de la cama, 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:
    - 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). Esta exclusión no aplica a la terapia para la salud emocional y psicológica brindada por un terapeuta autorizado si se realiza de forma ambulatoria como parte de un programa de tratamiento en la naturaleza.
  - Capacitación laboral.
  - Programas de perfeccionamiento laboral.
- Servicios educativos, programas escolares y otros relacionados o similares, incluidos los terapéuticos en el entorno escolar.

Esta exclusión no incluye los servicios educativos, según se describe en las disposiciones “Salud emocional y psicológica”, “Servicios, suministros y equipos para diabéticos (incluye programas para el autocuidado)” y “Linfedema”.

## Exámenes

Con excepción de lo que figure como cubierto en “Cuidado preventivo” [y “Cuidado dental pediátrico”], cualquier examen dental o de salud que deba realizarse por estos motivos:

- Porque 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

Servicios y suministros para lo siguiente:

- Cuidado de rutina de los pies, a menos que sea **médicamente necesario**.
- Tratamiento de juanetes (excepto **cirugía** capsular u ósea), dedos en martillo o pies planos.

- Tratamiento de durezas y callos, y cuidado de las uñas del pie, a menos que sea **médicamente necesario**. También consulte la siguiente sección: *“Servicios, suministros y equipos para diabéticos (incluye programas para el autocuidado)”*.
- 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

A menos que haya pruebas de que el miembro cumple con uno o más criterios clínicos detallados en nuestras políticas clínicas y de **precertificación**, no se cubre lo siguiente:

- 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

- Exámenes, aparatos y dispositivos que se utilicen 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.

Esta exclusión no se aplica a implantes cocleares, a exámenes de audición de diagnóstico ni a audífonos para menores.

## 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 rehabilitación.

## Suministros médicos (artículos desechables sin receta 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.
  - Artículos sin receta para la comodidad e higiene personal.

## Servicios que no son médicamente necesarios

Servicios que no son **médicamente necesarios**, según nuestro criterio. Se incluyen servicios que no cumplen con las pautas de nuestros boletines de políticas clínicas.

## Citas a las que no asistió

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

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

Tratamientos o medicamentos para reducir 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, membresías en gimnasios, terapia recreativa u otras formas de hacer ejercicios o aumentar la actividad física.

Esta exclusión no incluye los servicios preventivos para los exámenes de detección de obesidad, el asesoramiento y las intervenciones de control de peso, según se describe en la sección “Cuidado preventivo”.

## **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 parte de los costos de los cuales Medicare es responsable como pagador primario. Esta exclusión no se aplica a las leyes que determinan que el programa del gobierno sea el pagador secundario después de que se hayan pagado los beneficios según esta póliza.

## **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 brindados por un familiar directo.

## **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. No están cubiertos aunque sí tengan cobertura en los Estados Unidos según esta póliza.

## **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

Membrecías en gimnasios, equipos para realizar ejercicios, cargos de un instructor físico o entrenador personal, o todo otro cargo por actividades, equipos, servicios, dispositivos, suministros o centros que se utilicen para lograr un buen estado físico, incluso cuando los indique un **médico**.

## Terapias y exámenes

- Tomografías computarizadas de todo el cuerpo, a menos que sean **médicamente necesarias**.
- 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.

## Tratamiento en una entidad federal, estatal o gubernamental

Todo cuidado en un **hospital** o en otro centro que pertenece a alguna entidad federal, estatal o gubernamental (salvo Medicaid), o que es operado por ellas, a menos que la cobertura sea requerida por las leyes vigentes.

## 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.
- Cualquier servicio y suministro para el cuidado de la vista, salvo según se describe en las disposiciones “Servicios prestados por un médico”, “Cuidado preventivo” y “Corrección de la vista luego de una cirugía, por enfermedad o accidente”.

## Programas de tratamiento en la naturaleza

Consulte “Servicios educativos” en esta sección.

## Enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo

Cobertura disponible dentro de un programa de indemnización a trabajadores o similar en virtud de una ley local, estatal o federal para cualquier enfermedad o lesión relacionadas con su empleo o trabajo independiente.

### **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.