

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.

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

Por ejemplo:

- El suministro de sangre al **hospital**, a excepción de los factores de coagulación derivados de la sangre.
- Cualquier servicio relacionado 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 ambulatoria” 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, 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

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.

Cuidado dental [para miembros a partir de los 19 años]

Con excepción de los servicios dentales cubiertos que se mencionan en las disposiciones “Cuidado dental adicional para niños y adultos”, “Cuidado dental para adultos” y “Cirugía oral”, los servicios se relacionan con lo siguiente:

- Alveolectomía.
- Apicectomía (resección de la raíz dental).
- Aumento y tratamiento de vestibuloplastia por enfermedad periodontal.
- Corte de encías y tejidos de la boca, únicamente cuando no se realiza en relación con la extracción, el reemplazo o la reparación de los dientes.
- Extracción de lo siguiente:
 - Dientes impactados parcialmente o por completo en el hueso de la mandíbula.
 - Dientes que no erupcionan por la encía.
 - Otros dientes que no pueden ser extraídos sin cortar el hueso.
 - Las raíces de un diente sin extraer el diente entero.
 - Otros tejidos afectados.
- Implantes dentales.
- Servicios dentales relacionados con las encías.
- Dientes falsos.
- Ortodoncia.
- Tratamiento de conducto radicular.
- Extracción de dientes impactados en tejido blando.
- Cuidado, relleno, extracción o reemplazo de dientes, incluido el tratamiento de enfermedades.

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.

Exámenes

Con excepción de lo que figure como cubierto en “Cuidado preventivo”, 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 callos, juanetes (excepto **cirugía** capsular u ósea), 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

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

- 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.

Esta exclusión no se aplica a implantes cocleares.

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.
 - Féculas.
 - Collarines.
 - Apósitos.
 - Otros dispositivos que no están destinados a ser utilizados por otro paciente.

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 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, membresías 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 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 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, 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.
- Servicios y suministros para el cuidado de la vista, salvo según se describe en la disposición “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.