

Exclusiones generales de la póliza

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

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 los que se consideren **médicamente necesarios** para la disforia de género.

Pruebas dispuestas por orden judicial

Pruebas o cuidado dispuesto por orden judicial, salvo que sean **médicamente necesarios**. Esto no incluye servicios médicamente necesarios requeridos o recomendados por un tribunal o plan conforme al programa de Asistencia, Recuperación y Empoderamiento en la Comunidad (CARE). Los servicios de evaluación y tratamiento de un tribunal de CARE se cubrirán independientemente de que el servicio se brinde a través de un proveedor dentro o fuera de la red.

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, 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:
 - 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.

- Capacitación laboral.
- Programas de perfeccionamiento laboral.
- Servicios educativos, programas escolares o cualquier programa similar o relacionado.

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

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.

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.

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.

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.

Servicio privado de enfermería

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

Disfunción y mejora del rendimiento sexual

Tratamiento o suministro para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual, salvo los servicios basados en pruebas que se consideren **médicamente necesarios** para tratar un **trastorno de salud mental** o un **trastorno por uso de sustancias**:

- **Cirugía**, implantes, dispositivos o preparados para corregir o mejorar la función eréctil o la sensibilidad.
- 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.

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.

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.