

General policy exclusions

The following are not **covered services** under your policy:

Abortion

Services and supplies provided for an abortion except when the pregnancy is the result of rape or incest or if it places the woman's life in serious danger

Blood, blood plasma, synthetic blood, blood derivatives or substitutes

Examples of these are:

- The provision of blood to the **hospital**, other than blood derived clotting factors
- Any related services including processing, storage or replacement expenses
- The service of blood donors, including yourself, apheresis or plasmapheresis
- The blood you donate for your own use, excluding administration and processing expenses

This exclusion does not apply:

- If services are **medically necessary** and you incur a charge for the expense
- For treatment of hemophilia and congenital bleeding disorders and infusion therapy, see the *Hemophilia and congenital bleeding disorders* and *Outpatient infusion therapy* sections for more information.

Cosmetic services and plastic surgery

Any treatment, **surgery** (cosmetic or plastic), service or supply to alter, improve or enhance the shape or appearance of the body, except as described in the *Reconstructive breast surgery and supplies* and *Reconstructive surgery and supplies* provisions under the *Coverage and exclusions* section

Court-ordered testing

Court-ordered testing or care unless **medically necessary**

Custodial care

Services and supplies meant to help you with activities of daily living or other personal needs.

Except for services covered under *Hospice care*, examples of these are:

- Routine patient care such as changing dressings, periodic turning and positioning in bed
- Administering oral medications
- Care of stable tracheostomy (including intermittent suctioning)
- Care of a stable colostomy/ileostomy
- Care of stable gastrostomy/jejunostomy/nasogastric tube (intermittent or continuous) feedings
- Care of a bladder catheter, including emptying or changing containers and clamping tubing
- Watching or protecting you
- Respite care, adult or child day care, or convalescent care
- Institutional care, including **room and board** for rest cures, adult day care and convalescent care
- Help with walking, grooming, bathing, dressing, getting in or out of bed, going to the bathroom, eating, or preparing foods
- Any other services that a person without medical or paramedical training could be trained to perform

Dental care

Except for dental services covered under the *Additional dental care for children and adults*, *Adult dental care* and *Oral surgery* provisions, services related to:

- Alveolectomy
- Apicoectomy (dental root resection)
- Augmentation and vestibuloplasty treatment of periodontal disease
- Cutting into gums and tissues of the mouth only when not associated with the removal, replacement, or repair of teeth
- Cutting out:
 - Teeth partly or completely impacted in the bone of the jaw
 - Teeth that will not erupt through the gum
 - Other teeth that cannot be removed without cutting into bone
 - The roots of a tooth without removing the entire tooth
 - Other diseased tissues
- Dental implants
- Dental services related to gums
- False teeth
- Orthodontics
- Root canal treatment
- Removal of soft tissue impactions
- Teeth- care, filling, removal, or replacement, including treatment of disease

Educational services

Examples of these are:

- Any service or supply for education, training or retraining services or testing. This includes:
 - Special education
 - Remedial education
 - Wilderness treatment programs (whether or not the program is part of a **residential treatment facility** or otherwise licensed institution). This exclusion does not include therapy by a licensed therapist for behavioral health services if provided on an outpatient basis as part of a wilderness treatment program.
 - Job training
 - Job hardening programs
- Educational services, schooling or any such related or similar program, including therapeutic programs within a school setting.

Examinations

Except as covered under the *Preventive care* section, any health or dental examinations needed:

- Because a third party requires the exam. Examples include examinations to get or keep a job, and examinations required under a labor agreement or other contract.
- To buy insurance or to get or keep a license.
- To travel.
- To go to a school, camp, sporting event, or to join in a sport or other recreational activity.

Experimental or investigational

Experimental or investigational drugs, devices, treatments or procedures unless otherwise covered under clinical trials.

Foot care

Services and supplies for:

- Routine foot care unless **medically necessary**
- The treatment of calluses, bunions (except for capsular or bone **surgery**), toenails, hammertoes, fallen arches
- The treatment of weak feet, chronic foot pain or conditions caused by routine activities, such as walking, running, working or wearing shoes
- Supplies (including orthopedic shoes), foot orthotics, arch supports, shoe inserts, ankle braces, guards, protectors, creams, ointments and other equipment, devices and supplies

Growth/height care

Unless there is evidence that the member meets one or more clinical criteria detailed in our **precertification** and clinical policies:

- A treatment, device, drug, service or supply to increase or decrease height or alter the rate of growth
- **Surgical procedures**, devices and growth hormones to stimulate growth

Hearing aids

Tests, appliances and devices to:

- Improve your hearing
- Enhance other forms of communication to make up for hearing loss or devices that simulate speech

This exclusion does not apply to cochlear implants or diagnostic hearing tests.

Maintenance care

Care made up of services and supplies that maintain, rather than improve, a level of physical or mental function, except for habilitation therapy services

Medical supplies - outpatient disposable over-the-counter items

Any outpatient disposable supply or device. Examples of these include:

- Sheaths
- Bags
- Elastic garments
- Support hose
- Bandages
- Bedpans
- Home test kits not related to diabetic testing
- Compresses
- Over-the-counter convenience and hygienic items

Non-medically necessary services

Services we determine are not **medically necessary**. This includes services that do not meet our clinical policy bulletin guidelines.

Missed appointments

Any cost resulting from a canceled or missed appointment

Obesity (bariatric) surgery and services

Weight management treatment or drugs intended to decrease or increase body weight, control weight or treat obesity, including morbid obesity except as described in the *Coverage and exclusions* section, including preventive services for obesity screening and weight management interventions. This is regardless of the existence of other medical conditions. Examples of these are:

- Liposuction, banding, gastric stapling, gastric by-pass and other forms of bariatric **surgery**
- **Surgical procedures**, medical treatments and weight control/loss programs primarily intended to treat, or are related to the treatment of obesity, including morbid obesity
- Drugs, stimulants, preparations, foods or diet supplements, dietary regimens and supplements, food supplements, appetite suppressants and other medications
- Hypnosis, or other forms of therapy
- Exercise programs, exercise equipment, membership to health or fitness clubs, recreational therapy or other forms of activity or activity enhancement

Other non-covered services

- Services you have no legal obligation to pay
- Services that would not otherwise be charged if you did not have the coverage under the policy

Other primary payer

Payment for a portion of the charges that Medicare is responsible for as the primary payer. This exclusion does not apply to laws that make the government program the secondary payer after benefits under this policy have been paid.

Personal care, comfort or convenience items

Any service or supply primarily for your convenience and personal comfort or that of a third party

Services provided by a family member

Services provided by an immediate family member

Services, supplies and drugs received outside of the United States

Non-emergency medical services, outpatient **prescription** drugs or supplies received outside of the United States. They are not covered even if they are covered in the United States under this policy.

Sexual dysfunction and enhancement

Any treatment, **prescription** drug, or supply to treat sexual dysfunction, enhance sexual performance or increase sexual desire, including:

- **Surgery, prescription** drugs, implants, devices or preparations to correct or enhance erectile function, enhance sensitivity or alter the shape of a sex organ
- Sex therapy, sex counseling, marriage counseling, or other counseling or advisory services

Strength and performance

Health club memberships, workout equipment, charges from a physical fitness or personal trainer, or any other charges for activities, equipment, services, devices, supplies or facilities used for physical fitness, even if ordered by a **physician**.

Therapies and tests

- Full body CT scans unless **medically necessary**
- Hair analysis
- Hypnosis and hypnotherapy
- Massage therapy, except when used for physical therapy treatment
- Sensory or hearing and sound integration therapy

Treatment in a federal, state, or governmental entity

Any care in a **hospital** or other facility owned or operated by any federal, state or other governmental entity except Medicaid, unless coverage is required by applicable laws

Vision care for adults

- Routine vision exam provided by an ophthalmologist or optometrist including refraction and glaucoma testing
- Vision care services and supplies except as described under the *Physician services, Preventive care and Vision correction after surgery or for illness or accident* provisions

Wilderness treatment programs

See *Educational services* in this section

Work related illness or injuries

coverage available to you under workers' compensation or a similar program under local, state or federal law for any illness or injury related to employment or self-employment

Important note:

A source of coverage or reimbursement is considered available to you even if you waived your right to payment from that source. You may also be covered under a workers' compensation law or similar law. If you submit proof that you are not covered for a particular illness or injury under such law, then that illness or injury will be considered "non-occupational" regardless of cause/

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 tratamientos de hemofilia y trastornos hemorrágicos congénitos, y 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, salvo según se describe en las disposiciones “Cirugía reconstructiva de seno y suministros” y “Cirugía reconstructiva y suministros” de la sección “Cobertura y exclusiones”.

Pruebas ordenadas por un tribunal

Pruebas y cuidado ordenados por un tribunal, 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. Con excepción de los servicios cubiertos que se mencionan en “Cuidado de hospicio”, estos son algunos ejemplos:

- 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.

Cuidado dental

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 excluidos 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 lo siguiente:
 - 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 obtener o mantener una licencia.
- Para viajar.
- Para asistir a una institución educativa, a un campamento o a 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 ni a exámenes de audición de diagnóstico.

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.
- Apósitos.
- Artículos sin receta para la comodidad y de higiene.

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, 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 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 comodidad y conveniencia personal o la 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 (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.
- Servicios y suministros 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 específicas según dicha ley, la enfermedad o la lesión se considerarán no ocupacionales, independientemente de la causa.

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, 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

Servicios y suministros cuyo objetivo es ayudarlo a realizar las actividades de la vida cotidiana o satisfacer otras necesidades personales. 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, acostarse, levantarse, ir al baño, comer o preparar las comidas.
- Cualquier otro servicio que podría enseñarse a una persona sin capacitación médica o paramédica.

Cuidado dental

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

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 ni a exámenes de audición de diagnóstico.

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.
- 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 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 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 (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.
- Servicios y suministros 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 específicas según dicha ley, la enfermedad o la lesión se considerarán no ocupacionales, independientemente de la causa.