

General policy exclusions

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

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 **medically necessary** for gender dysphoria

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.

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 for members age 19 and over

- 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
 - Cysts, tumors, or other diseased tissues
- Dental implants
- Dental services related to the 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
 - Job training
 - Job hardening programs
- Educational services, schooling or any such related or similar program

Examinations

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:

- The treatment of calluses, bunions, 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

Growth/height care

- 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

- Any tests, appliances and devices to:
 - Improve your hearing
 - Enhance other forms of communication to make up for hearing loss or devices that simulate speech

Medical supplies – outpatient disposable

- 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
- Splints
- Neck braces
- Compresses
- Other devices not intended for reuse by another patient

Missed appointments

Any cost resulting from a canceled or missed appointment

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 or another party is responsible for as the primary payer

Personal care, comfort or convenience items

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

Private duty nursing

Services provided by a family member

Services provided by a spouse, civil union partner, domestic partner, parent, child, step-child, brother, sister, in-law, or any household 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

Treatment or supply to treat sexual dysfunction, enhance sexual performance or increase sexual desire, except for **medically necessary**, evidence based services to treat a **mental health disorder** or **substance use disorder** :

- **Surgery**, implants, devices or preparations to correct or enhance erectile function, enhance sensitivity
- Sex therapy, sex counseling, marriage counseling, or other counseling or advisory services

Strength and performance

Services, devices and supplies such as drugs or preparations designed primarily to enhance your strength, physical condition, endurance or physical performance

Therapies and tests

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

Tobacco cessation

Any treatment, drug, service or supply to stop or reduce smoking or the use of other tobacco products or to treat or reduce nicotine addiction, dependence or cravings, including, medications, nicotine patches and gum unless recommended by the United States Preventive Services Task Force (USPSTF).

This also includes:

- Counseling, except as specifically provided in the *Coverage and exclusions* section
- Hypnosis and other therapies
- Medications, except as specifically provided in the *Coverage and exclusions* section
- Nicotine patches
- Gum

Vision care for adults

- Routine vision exam provided by an ophthalmologist or optometrist including refraction and glaucoma testing
- Vision care services and supplies

Voluntary sterilization

- Reversal of voluntary sterilization procedures, including related follow-up care

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:

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 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. 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.

Cuidado dental para miembros a partir de los 19 años

- 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.
 - Quistes, tumores u 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.
 - Capacitación laboral.
 - Programas de perfeccionamiento laboral.
- Servicios educativos, programas escolares y otros relacionados o similares.

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 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:

- 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 comodidad y conveniencia personal o la de un tercero.

Servicio privado de enfermería

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.
- Servicios y suministros para el cuidado de la vista.

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 específicas según dicha ley, la enfermedad o la lesión se considerarán no ocupacionales, independientemente de la causa./