

University of California – Extension

Englisch- und Internationale Bildungsprogramme

2017 KRANKENVERSICHERUNGSPLAN ZUSAMMENFASSUNG

Dies ist eine kurze Beschreibung des Student Health Plan (Krankenversicherung für Studierende). Der University of California – Extension Health Plan steht Studierenden und ihren berechtigten Familienangehörigen zur Verfügung. Der Plan wird von der Aetna Life Insurance Company (Aetna) bereitgestellt. Die genauen Bedingungen dieser Versicherung sind in der Hauptpolice, ausgestellt von University of California – Extension Health Insurance Plan, enthalten und können online unter www.aetnastudenthealth.com eingesehen werden. Falls Abweichungen zwischen dieser Zusammenfassung und der Police bestehen, gilt die Hauptpolice, die maßgeblich für die Zahlung von Leistungen ist.

Informationen über die Police

Versicherungsunternehmen: Aetna Student Health

Abdeckung verfügbar innerhalb des Versicherungszeitraums: 31.12. 2016 bis 31.12. 2017

Um die Planbroschüre oder eine Online-ID-Karte herunterzuladen, besuchen Sie www.4studenthealth.com/extension.

Name der Einrichtung	Policennummer
University of California, Berkeley - Extension	686139
University of California, Davis - Extension	686140
University of California, Irvine - Extension	686141
University of California, Los Angeles—Extension	686142
University of California, Riverside—Extension	686143
University of California, San Diego—Extension	686144
University of California, Santa Barbara – Extension	686145
University of California, Santa Cruz—Extension	686146

Anspruchsberechtigung und Anmeldung

Studierende, Gastprofessoren, Professoren oder andere Personen mit einem aktuellen Reisepass mit Non-Immigrant-Visa, die sich vorübergehend außerhalb ihres Heimatlandes oder Aufenthaltslandes befinden und denen keine dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung in den Vereinigten Staaten gewährt wurde, während sie an Bildungsaktivitäten an ihrer Universität teilnehmen, sind im Rahmen dieser Police zu versichern. Die Universität gewährt eine Freistellung von der Versicherungspflicht bei Menschen, die bereits in einem anderen öffentlichen oder einem von einer Regierung oder Botschaft geförderten Plan versichert sind. Für Fragen hinsichtlich der Anmeldung kontaktieren Sie bitte Ascension unter **(800) 537-1777**.

Wenn Sie die Universität innerhalb der ersten 31 Tage des Versicherungszeitraums verlassen oder der gesamte Versicherungszeitraum kürzer ist, unterstehen Sie nicht dem Schutz der Police. Es gibt keine Beitragsrückerstattungen. Falls Sie Fragen haben, kontaktieren Sie bitte das International Student Office Ihrer Einrichtung. Ausnahme: Eine versicherte Person, die den Streitkräften eines beliebigen Landes beiträgt, wird mit dem Tag eines solchen Eintritts nicht mehr unter der Police versichert sein. Eine anteilige Erstattung wird denjenigen Personen und allen anspruchsberechtigten Familienangehörigen gewährt, die Aetna innerhalb von 90 Tagen nach dem Verlassen der Schule schriftlich darüber benachrichtigen.

Studierende, die am Optional Practical Training (OPT) oder dem Curricular Practical Training (CPT) teilnehmen, können ebenfalls durch diese Police abgesichert werden, vorausgesetzt: 1) das OPT/CPT des Studierenden folgt direkt auf einen Studiengang, und 2) das OPT/CPT des Studierenden dauert nicht länger als 12 Monate. Bitte kontaktieren Sie das International Student Office Ihrer Einrichtung, um detaillierte Informationen zu erhalten.

Versicherte Studierende können auch ihren rechtmäßigen Ehepartner, Lebenspartner und ihre anspruchsberechtigten Kinder im Alter von maximal 25 Jahren anmelden. Anspruchsberechtigte Familienangehörige müssen zum Zeitpunkt der Anmeldung des Studierenden oder innerhalb von 31 Tagen nach ihrer Geburt, Adoption, der Heirat, ihrer Ankunft in den Vereinigten Staaten oder dem Ablauf eines anderen Versicherungsschutzes (Nachweis des Datums kann erforderlich sein) angemeldet werden. Studierende, die ihre anspruchsberechtigten Familienangehörigen anmelden möchten, müssen ihre Hochschule kontaktieren. Die Anmeldung und vollständige Beitragszahlung für alle neu hinzugekommenen Familienangehörigen (Ehepartner und/oder Kinder) muss binnen 31 Tagen nach Eintreten in den Status eines anspruchsberechtigten Familienangehörigen erfolgen. Nach Ablauf der Anmeldefrist kann die Anmeldung nicht mehr bearbeitet werden.

ID-Karte

Ihre Schulverwaltung wird Ihnen Ihre Versicherungskarte aushändigen. Wenn Sie keine Karte erhalten oder die erhaltene Karte verlieren, können Sie eine ID-Karte unter www.4studenthealth.com/extension herunterladen. Sie sollten Ihre Versicherungskarte jederzeit bei sich tragen. Ihre Versicherungskarte kann auch für Ihre anspruchsberechtigten Familienangehörigen verwendet werden.

Wo und wie Sie Behandlung erhalten

Student Health Center

Student Health Center bieten häufig eine breite Palette an medizinischen Behandlungen für Studierende zu einem ermäßigten Preis. Auf die Selbstbeteiligung wird verzichtet, wenn Sie den Dienst zum ersten Mal nutzen und/oder durch das zuständige Student Health Center überwiesen werden. (Hinweis: UC Extension Dependents und UC Santa Cruz Extension-Studierende sind nicht berechtigt, Student Health Centers in Anspruch zu nehmen; deshalb wird bei UC Extension Dependents oder Studierenden der UC Santa Cruz nicht auf die Selbstbeteiligung verzichtet.) Sie sollten sich, wann immer möglich, um medizinische Behandlung in dem Gesundheitszentrum an der Universität bemühen, an der Sie eingeschrieben sind, bevor Sie sich um eine medizinische Behandlung außerhalb des Campus bemühen. (Hinweis: UCLA-Studierende sollten das UCLA Medical Center aufsuchen, nicht das UCLA Student Health Center.) Kontaktieren Sie das Student Health Center Ihrer Universität, um herauszufinden, ob es diesen Versicherungsplan unterstützt. Es kann eine Praxisgebühr erhoben werden, die Sie bei Ihrem Besuch zahlen müssen, oder Sie müssen direkt für Dienstleistungen bezahlen und können dann einen Antrag auf Rückerstattung für den Anteil stellen, den das Unternehmen zahlen muss. In diesem Fall müssen Sie eine Rechnung mit den einzelnen Gebühren verlangen und diese zusammen mit Ihrem Antrag einreichen.

Der University of California – Extension Health Insurance Plan unterliegt der Aetna Life Insurance Company. Aetna Student HealthSM ist die Markenbezeichnung für Produkte und Dienste, die durch die Aetna Life Insurance Company und ihre jeweiligen Tochtergesellschaften (Aetna) bereitgestellt werden.

Wo und wie Sie Behandlung erhalten (Fortsetzung)

Preferred Provider Network (PPN)

Aetna Student Health bietet Ihnen die Möglichkeit, an Ihrem Standort auf ein Preferred Provider Network zuzugreifen. Eine vollständige Liste der Anbieter kann in Aetnas elektronischem Online-Verzeichnis DocFind® Service unter www.aetnastudenthealth.com eingesehen werden. (Suchen Sie nach Ihrer jeweiligen University of California – Extension School).

Wählen Sie, um Ihre Ersparnis zu maximieren und Ihre Selbstbeteiligung zu reduzieren, einen Bevorzugten Anbieter (Preferred Provider). Es ist zu Ihrem Vorteil, einen Bevorzugten Anbieter zu wählen, da Ersparnisse durch die ausgehandelten Gebühren möglich sind, denen diese Anbieter für ihre Dienste zugestimmt haben.

Wenn ein Dienst oder eine Leistung, die eine versicherte Person benötigt, dem Plan unterliegt, aber bei einem Preferred Care Provider nicht zur Verfügung steht, sollten die Versicherten die Mitgliederbetreuung über die gebührenfreie Nummer auf der Rückseite der Versicherungskarte kontaktieren. In diesem Fall kann Aetna eine Vorabgenehmigung für eine versicherte Person ausstellen, damit diese den Dienst oder die Leistung von einem Non Preferred Care Provider erhalten kann. Wenn von Aetna eine Vorabgenehmigung erteilt wurde, werden abgedeckte medizinische Kosten auf dem Beitragsniveau des Preferred Care Networks rückerstattet.

Verschreibungen

Wenn Sie Ihre Rezepte in einer von Aetna bevorzugten Apotheke einreichen, werden Verschreibungen zu 100 % des ausgehandelten Preises nach einer Zuzahlung von \$35 für jedes verschreibungspflichtige Medikament aus der Arzneimittelliste, einer Zuzahlung von \$50 für jedes verschreibungspflichtige Medikament, das nicht auf der Arzneimittelliste steht oder \$10 Zuzahlung für jedes Generikum abgedeckt. Wenn Sie ein Rezept bei einer Nicht-Bevorzugten-Apotheke einreichen, müssen Sie dieses bei Abholung vollständig zahlen und können dann einen Antrag auf eine 50%-ige Rückerstattung der Gebühren stellen. Sie finden eine vollständige Liste der Bevorzugten Apotheken unter www.aetnastudenthealth.com (Suchen Sie nach Ihrer jeweiligen University of California - Extension School).

Notaufnahme oder Urgent Care Center

Wählen Sie im Notfall **911** oder besuchen Sie die nächste Notaufnahme (ER). Wenn das Gesundheitszentrum oder die Praxis Ihres Arztes geschlossen sind und Sie umgehend ärztliche Betreuung benötigen, die Erkrankung oder Verletzung aber NICHT lebensbedrohlich ist, sollten Sie versuchen, ein Urgent Care Center Ihres Preferred Provider Networks anstelle der Notaufnahme eines Krankenhauses zu besuchen. Diese Einrichtungen sind an Abenden und Wochenenden geöffnet und Sie zahlen gewöhnlich weniger Selbstbeteiligung als in einer Notaufnahme. Eine vollständige Liste der Anbieter kann in Aetnas elektronischem Online-Verzeichnis DocFind® Service unter www.aetnastudenthealth.com eingesehen werden. (Suchen Sie nach Ihrer jeweiligen University of California – Extension School).

Vorabzertifizierungsprogramm

Ihr Plan erfordert eine Vorabzertifizierung für einen Krankenhausaufenthalt, einschließlich Notaufnahmen. Eine Vorabzertifizierung bedeutet einfach, Aetna Student Health vor der Behandlung telefonisch zu kontaktieren, um die Genehmigung für eine medizinische Behandlung oder Dienstleistung oder nach einem Aufenthalt in der Notaufnahme zu erhalten. Die Vorabzertifizierung muss durch Sie, Ihren Arzt, das Krankenhaus oder einen Ihrer Verwandten erfolgen. Anträge auf Zertifizierung müssen durch einen Anruf bei Aetna Student Health unter **(877) 480-4161** gestellt werden.

Die Versicherung nutzen und Ihre Kosten erstattet bekommen

Nach dem Beitritt zum Plan:

1. Gehen Sie für medizinische Behandlungen, wann immer möglich, in das Gesundheitszentrum an der Universität, an der Sie eingeschrieben sind, bevor Sie sich um eine medizinische Behandlung außerhalb des Campus bemühen. (Hinweis: UCLA-Studierende sollten das UCLA Medical Center aufsuchen, nicht das UCLA Student Health Center.) Kontaktieren Sie das Student Health Center Ihrer Universität, um herauszufinden, ob es diesen Versicherungsplan unterstützt. Es kann eine Praxisgebühr erhoben werden, die Sie bei Ihrem Besuch zahlen müssen, oder Sie müssen direkt für Dienstleistungen bezahlen und können dann einen Antrag auf Rückerstattung für den Anteil stellen, den das Unternehmen zahlen muss. In diesem Fall müssen Sie eine Rechnung mit den einzelnen Gebühren verlangen und diese zusammen mit Ihrem Antrag einreichen.
2. Wenn Sie den Gesundheitsdienst am Campus nicht besuchen können, nutzen Sie einen Anbieter aus dem Preferred Provider Network (PPN). Eine vollständige Liste der Anbieter kann in Aetnas elektronischem Online-Verzeichnis DocFind® unter www.aetnastudenthealth.com eingesehen werden. (Suchen Sie nach Ihrer jeweiligen University of California - Extension School). Kontaktieren Sie den Anbieter vor Ihrem Besuch, um seine Mitgliedschaft im Netzwerk zu bestätigen.
3. Wählen Sie im Notfall **911** oder besuchen Sie die nächste Notaufnahme (ER). Bitte kontaktieren Sie Aetna Student Health unter **(877) 480-4161** innerhalb 1 Werktages, wenn Sie nach einem Notfall ins Krankenhaus eingeliefert wurden (mit einem Aufenthalt von 18 Stunden oder mehr).
4. Bei geplanten Krankenhausaufenthalten, einschließlich stationären Eingriffen, müssen Sie diese 3 Werktage im Voraus durch einen Anruf bei Aetna Student Health unter **(877) 480-4161** vorab genehmigen lassen.
5. Wenn Sie in eine Arztpraxis, ein Urgent Care Center oder Krankenhaus gehen, zeigen Sie Ihre Versicherungskarte vor. Diese kontaktieren dann möglicherweise Ascension unter **(800) 537-1777**, um die Mitgliedschaft zu bestätigen.
6. Nachdem Sie eine Behandlung bei einem Bevorzugten Anbieter erhalten haben, wird der Anbieter den Anspruchsantrag für Sie übermitteln. Sie werden eine Erläuterung zu Leistungsansprüchen (EOB) erhalten, die angibt, was durch die Versicherung abgedeckt wird. Der Anbieter wird Ihnen dann jegliche übrige Gebühren in Rechnung stellen. *Das Versicherungsunternehmen wird Sie möglicherweise hinsichtlich weiterer Informationen kontaktieren.*
7. Wenn der Anbieter den Anspruchsantrag nicht direkt bei Aetna Student Health einreicht, können Sie den Anspruchsantrag einreichen, indem Sie ein Aetna-Antragsformular zusammen mit einer Rechnung mit Einzelposten und einem Zahlungsbeleg (wenn Sie für den Dienst bezahlt haben) umgehend nach der Behandlung übermitteln. Bewahren Sie immer Kopien für Ihre eigenen Unterlagen auf. Senden Sie Ihr vollständig ausgefülltes Aetna-Antragsformular per Fax an **(859) 455-8650** oder per Post an:

Aetna Student Health Claims, P.O. Box 981106, El Paso, TX 79998

8. Wenn Sie Fragen zum Status Ihres Antrags haben, nachdem dieser übermittelt wurde, oder bei jeglichen Fragen über die Planleistungen, kontaktieren Sie bitte den Kundenservice unter **(877) 480-4161**.

2017 KRANKENVERSICHERUNGSPLAN ZUSAMMENFASSUNG

Leistungskatalog

Folgende Aufstellung ist eine gekürzte Beschreibung der im Plan verfügbaren Leistungen. Bitte sehen Sie sich die Zusammenfassung der Plangestaltung und Leistungen für eine detailliertere Erklärung der Leistungen und Einschränkungen an.

ÜBERWEISUNGSPFLICHT: Eine Überweisung ist nicht notwendig, bevor Sie bei einem Anbieter außerhalb des Campus um medizinische Hilfe oder Behandlung ersuchen. Jedoch wird auf den jährlichen Selbstbehalt der Police verzichtet, wenn die Behandlung zuerst im Student Health Center am Campus erbracht wird oder wenn eine Überweisung durch das Student Health Center erfolgt. Alle Nicht-Studierenden (d. h. anspruchsberechtigte Familienangehörige, Gastprofessoren) sind nicht berechtigt, die Dienste des SHC in Anspruch zu nehmen und daher auch nicht berechtigt, auf den Selbstbehalt beim Bevorzugten Anbieter zu verzichten.

Hinweis: Der Selbstbehalt pro Besuch oder Einlieferung trägt nicht zum jährlichen Selbstbehalt innerhalb der Police bei.

	Bevorzugte Gesundheitspflege	Nicht-bevorzugte Gesundheitspflege
MAXIMALE LEISTUNG	Unbegrenzt, außer wie erwähnt	
SELBSTBEHALT (pro Person, pro Versicherungsjahr)	100 US\$	200 US\$
MAXIMALER SELBSTBEHALT	6.350 US\$ pro Person/12.700 US\$ pro Familie, pro Versicherungsjahr	
VORSORGE-/WELLNESS-LEISTUNGEN	Bevorzugte Gesundheitspflege	Nicht-bevorzugte Gesundheitspflege
beinhaltet Ausgaben für Pap-Tests, Impfungen, Kindervorsorgeuntersuchungen, routinemäßige körperliche Untersuchungen, Routine-Screenings auf übertragbare Geschlechtskrankheiten*	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten
Zahnbehandlungen von Kindern sind auf versicherte Personen bis 18 Jahre* beschränkt	Siehe Zusammenfassung der Plangestaltung und Leistungen für Einzelheiten	
Augenbehandlungen von Kindern sind auf versicherte Personen bis 18 Jahre* beschränkt	Siehe Zusammenfassung der Plangestaltung und Leistungen für Einzelheiten	
LEISTUNGEN BEI STATIONÄREM KRANKENHAUSAUFENTHALT	Bevorzugte Gesundheitspflege	Nicht-bevorzugte Gesundheitspflege
Krankenhausunterbringung, sonstige Krankenhauskosten, Kosten für Nicht-Chirurgen	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten
KOSTEN FÜR OPERATIONEN (IM KRANKENHAUS UND AMBULANT)	Bevorzugte Gesundheitspflege	Nicht-bevorzugte Gesundheitspflege
Kosten für Operation, Assistenzarzt, ambulante Operation	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten
Kosten für Anästhesie	100% der ausgehandelten Kosten	100% der anerkannten Kosten
KOSTEN FÜR AMBULANTE BEHANDLUNG	Bevorzugte Gesundheitspflege	Nicht-bevorzugte Gesundheitspflege
Krankenhauskosten ambulant, Kosten für Krankenwagen	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten
Kosten für Notaufnahme	100% der ausgehandelten Kosten nach einer Zuzahlung von 75 US\$ pro Besuch (freigestellt, sofern genehmigt)	100% der tatsächlichen Gebühr nach einem Selbstbehalt von 75 US\$ pro Besuch (freigestellt, sofern genehmigt)
Kosten für Notfallversorgung	100% der ausgehandelten Kosten nach einer Zuzahlung von 25 US\$ pro Besuch	50% der anerkannten Kosten nach einer Selbstbeteiligung von 25 US\$ pro Besuch
Kosten für Krankenwagen	100% der ausgehandelten Kosten	100% der anerkannten Kosten
Kosten für Besuch in der Arztpraxis, Beratungskosten	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten
Labor und Röntgen, Kosten für Verfahren, die mit hohen Kosten verbunden sind (beinhaltet CT, MRT, PET und nukleare kardiologische Bildgebung)	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten
Kosten für Physiotherapie, Therapiekosten (beinhaltet Logo-, Ergotherapie und Chiropraktik)	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten
Kosten für dauerhafte medizinische und chirurgische Geräte, Prothesen und orthopädische Hilfsmittel	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten
Kosten für Zahnverletzungen, Kosten für impaktierte Weisheitszähne	100% der ausgehandelten Kosten	100% der anerkannten Kosten
BEHANDLUNG MENTALER UND NEUROLOGISCHER ERKRANKUNGEN/ ALKOHOL- UND DROGENSUCHT	Bevorzugte Gesundheitspflege	Nicht-bevorzugte Gesundheitspflege
Klinikkosten bei schwerer Geisteskrankheit von Personen jeden Alters und emotionalen Störungen im Kindesalter, ambulante Behandlung bei mentalen und neurologischen Erkrankungen, Alkoholismus und Drogenmissbrauch	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten
Ambulante Klinikkosten bei schwerer Geisteskrankheit von Personen jeden Alters und emotionalen Störungen im Kindesalter, ambulante Behandlung bei mentalen und neurologischen Erkrankungen, Alkoholismus und Drogenmissbrauch	100% der ausgehandelten Kosten	100% der anerkannten Kosten
MUTTERSCHAFTSLEISTUNGEN	Bevorzugte Gesundheitspflege	Nicht-bevorzugte Gesundheitspflege
beinhaltet Kosten von Mutterschaftsvorsorge, Schwangerschaftsvorsorge/Stillberatung und Beratungsdienste, medizinische Ausrüstung zum Stillen, Neugeborenenversorgung, Familienplanung*	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten
ABDECKUNG VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGER MEDIKAMENTE	Bevorzugte Gesundheitspflege	Nicht-bevorzugte Gesundheitspflege
Kosten für verschriebene Medikamente Für Hilfe und eine vollständige Liste ausgeschlossener Medikamente oder Arzneimittel, die eine vorherige Genehmigung erfordern, kontaktieren Sie bitte das Aetna Pharmacy Management unter (888) RX-AETNA (24 Stunden verfügbar). Aetna Specialty Pharmacy bietet spezielle Medikamente und Unterstützung für Mitglieder, die unter chronischen Krankheiten leiden. Besuchen Sie für zusätzliche Informationen bitte www.AetnaSpecialtyRx.com .	100% der ausgehandelten Kosten, nach Zuzahlung: • 35 US\$ für Medikament auf der Arzneimittelliste • 50 US\$ für Medikament nicht auf der Arzneimittelliste • 10 US\$ für Generikum	50% der anerkannten Kosten
ANDERE	Bevorzugte Gesundheitspflege	Nicht-bevorzugte Gesundheitspflege
Kosten für vorgeschriebene und andere Leistungen, einschließlich pränataler Diagnose genetischer Störungen des Fötus, Tests auf Diabetes, ambulanter Ausbildungsprogramme zum Diabetes-Selbstmanagement, Dysfunktion des Kiefergelenks, Nikotinbehandlung, dermatologischer Behandlungen, Bluttransfusionen oder Dialyse, klinischer Tests nach Operation, Akupunktur anstelle von Anästhesie, Phenylketonuriediensten, Mastektomie und Brustrekonstruktion, Transplantation menschlicher Organe, Adipositas-Chirurgie, elementarer Unfruchtbarkeit	Zahlbar in Übereinstimmung mit der Art der angefallenen Kosten und dem Ort, wo der Dienst erbracht wird	
Hospizleistung, Kosten für Häusliche Pflege, Kosten für zugelassene Krankenschwester	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten
Kosten für Pflegeeinrichtung, Kosten für Rehabilitationseinrichtung	100% der ausgehandelten Kosten für Zweibettzimmer	50% der tatsächlichen Kosten für Zweibettzimmer
Kosten für Cochleaimplantat	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten
Kosten für geplanten Schwangerschaftsabbruch	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten
Kosten für Akupunktur	100% der ausgehandelten Kosten	50% der anerkannten Kosten

* Der jährliche Selbstbehalt findet auf diese Dienste keine Anwendung.

Ausschlüsse

Dieser Plan bietet weder Abdeckung noch Leistungen für:

1. Kosten für Zahnbehandlung, Dienste und Geräte außer für jene, die aus einer Verletzung gesunder, natürlicher Zähne oder der Extraktion impakterter Weisheitszähne und solchen entstehen, die spezifisch durch die Police abgedeckt sind.
2. Kosten, die durch Augenrefraktionen entstehen; Sichttherapie, radiale Keratotomie, Brille, Kontaktlinsen (außer wenn nach Katarakt-Operation erforderlich), oder andere Seh- oder Hörhilfen, oder Verschreibungen und Untersuchungen außer die für die Behebung, verursacht durch eine abgedeckte Verletzung, erforderlich.
3. Kosten für Dienste, die normalerweise gebührenfrei durch schulische Gesundheitsdienste des Versicherungsnehmers, Krankenstation oder Krankenhaus, oder durch Gesundheitsdienstleister bereitgestellt werden, bei denen der Versicherungsnehmer angestellt ist.
4. Kosten für Leistungen, die gesetzlich unter Mitarbeiterentschädigung oder Berufskrankheiten fallen.
5. Kosten, die als Folge einer erlittenen Verletzung oder Krankheit entstehen, während sich die Person im Dienst der Streitkräfte eines Landes befindet. Sobald die versicherte Person den Streitkräften eines Landes beitrifft, werden die unverbrauchten anteilmäßigen Beiträge dem Versicherungsnehmer rückerstattet.
6. Kosten, die durch eine Behandlung in einem staatlichen Krankenhaus entstehen, außer wenn es eine gesetzliche oder regulatorische Verpflichtung gibt, solche Gebühren in Ermangelung einer Versicherung zu zahlen.
7. Kosten, die für Wahlbehandlungen oder freiwillige Operationen anfallen, außer wenn diese durch die Police abgedeckt werden und ausgeführt werden, solange die Police in Kraft ist.
8. Kosten für kosmetische Chirurgie; rekonstruktive Chirurgie; oder andere Dienste und Geräte, die das Aussehen verbessern oder verändern, ganz gleich ob aus psychologischen oder emotionalen Gründen, außer im Umfang, der nötig ist, um: die Funktion eines Körperteils zu verbessern, das: a) kein Zahn oder eine Struktur ist, die die Zähne stützt; und b) missgebildet ist: als Ergebnis eines schweren Geburtsfehlers, einschließlich Lippenpalte/Gaumenspalte, Häuten zwischen den Fingern oder Zehen, oder als direkte Folge von: Krankheit; oder Operationen, die durchgeführt wurden, um eine Krankheit oder Verletzung zu behandeln.
9. Kosten, die durch eine andere gültige und zuständige Kranken-, Pflege- oder Unfallversicherung gedeckt werden.
10. Kosten, die als Folge der Begehung einer Straftat entstehen.
11. Kosten, die nach dem Tag anfallen, an dem die Versicherung für eine versicherte Person endet, außer wenn in der Regelung zur Verlängerung der Leistungen spezifisch festgelegt.
12. Kosten, die für jegliche Dienste anfallen, die durch ein direktes Familienmitglied der versicherten Person erbracht werden oder eine Person, die im Heim der versicherten Person lebt.
13. Kosten für Verletzungen in dem Umfang, in dem medizinische Leistungen der ersten Partei im Rahmen des Kfz-Versicherungsschutzes eines Staates oder eines anderen verpflichtendes verschuldensunabhängiges Gesetzes abgedeckt sind.
14. Anfallende Kosten, für die kein Mitglied der unmittelbaren Familie der versicherten Person eine gesetzliche Zahlungsverpflichtung besitzt.
15. Anfallende Kosten für pflegerische Betreuung, einschließlich Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Spazierengehen, ins Bett ein- und aussteigen, Baden, Ankleiden, Füttern, zur Toilette gehen und Medikamente einnehmen). Dieser Ausschluss findet keine Anwendung auf Assistenz bei Aktivitäten des täglichen Lebens, die als Teil eines Hospiz, einer Pflegeeinrichtung, häuslicher Pflege oder stationärer Pflege im Krankenhaus geleistet werden.
16. Anfallende Kosten für die Entfernung eines Organs einer versicherten Person, um das Organ an eine Person zu spenden oder zu verkaufen, sofern nicht spezifisch in der Police angeführt. Diese Einschränkung findet keine Anwendung auf eine Spende durch eine versicherte Person an ihren Ehepartner, Kind, Bruder, Schwester oder Elternteil.
17. Anfallende Kosten für oder in Verbindung mit Medikamenten, Geräten, Verfahren oder Behandlungen, die experimentell sind oder sich in Prüfung befinden, sofern nicht spezifisch in der Police angeführt.
18. Anfallende Kosten für Brustverkleinerung/Brustplastik, wenn nicht medizinisch notwendig.
19. Anfallende Kosten für Nasennebenhöhlenchirurgie, außer bei akuter eitriger Sinusitis.
20. Kosten, die durch eine versicherte Person anfallen, die kein Bürger der Vereinigten Staaten ist, für Dienste, die im Heimatland der versicherten Person ausgeführt werden, wenn das Heimatland der versicherten Person über ein staatliches Gesundheitsprogramm verfügt.
21. Anfallende Kosten für alternative Medizin, ganzheitliche Medizin und/oder Therapie, einschließlich aber nicht beschränkt auf Yoga und Hypnotherapie, sofern nicht spezifisch in der Police angeführt.
22. Kosten, die durch andere geltende Kfz-Versicherungen gedeckt werden, unabhängig davon, ob ein Antrag auf solche Leistungen gestellt wurde. Die Police wird nur für jene Verluste zahlen, die nicht durch den medizinischen Teil der Kfz-Versicherung abgedeckt sind.
23. Anfallende Kosten für Hörprüfungen, Hörgeräte, die Anpassung, oder Verschreibung von Hörgeräten sofern nicht spezifisch in der Police angeführt. Nicht abgedeckt sind:
 - Jegliche Hörgeräte oder solcher Behelfe, die nicht professionell akzeptierten Standards entsprechen;
 - Hörtests, die während eines Krankenhausaufenthalts oder eines Aufenthalts in einer anderen Einrichtung durchgeführt werden;
 - Jegliche Tests, Apparate und Geräte für die Verbesserung des Hörens, einschließlich Hilfen, Hörgeräten und Verstärkern, oder Behelfen, die dazu dienen, andere Formen der Kommunikation zu verbessern, um den Verlust des Gehörs zu kompensieren oder Geräte, die Sprache simulieren und
 - routinemäßige Hörtests, außer routinemäßige Hörtests, wie unter Vorsorgeleistungen spezifisch beschrieben.
24. Kosten für telefonische Beratungen (außer Telemedizin), Kosten für die Nichteinhaltung eines vereinbarten Termins oder Kosten für das Ausfüllen eines Antragsformulars.
25. Kosten für Toiletten- und Convenience-Artikel, wie Klimaanlage; Luftbefeuchter, Whirlpool, Jacuzzi; oder Sportgeräte, auch wenn diese durch einen Arzt verschrieben wurden.
26. Kosten für Dienste und Geräte für die Behandlung von Übergewicht und/oder zur Gewichtskontrolle, sofern nicht wenn spezifisch in der Police angeführt. Nicht abgedeckt sind jegliche Behandlungen, Medikamentendienste oder Geräte, um das Körpergewicht zu erhöhen oder zu senken, das Gewicht zu kontrollieren oder Übergewicht zu behandeln, einschließlich aber nicht beschränkt auf: Fettabsaugung, Stimulanzien, Präparate, Nahrungsmittel- oder Diätzusätze, Diätkuren und -ergänzungen, Nahrungsmittel und Nahrungsergänzungsmittel, Appetitzügler und andere Medikamente, außer wenn ein verschreibungspflichtiges Medikament für die Behandlung krankhafter Fettleibigkeit notwendig ist; Beratung, Coaching, Training, Hypnose oder andere Therapieformen, und Sportprogramme, Sportausrüstung, Mitgliedschaft in Gesundheits- oder Fitnessclubs, Entspannungstherapie oder andere Formen der Aktivität oder Aktivitätsverbesserung.
27. Kosten für anfallende Operationen und Bereitschaftsgebühren eines Arztes.
28. Kosten für Dienste und Geräte für oder hinsichtlich intratubarem Gamentransfer (GIFT), künstlicher Befruchtung, In-Vitro-Fertilisation (außer wie durch Landesrecht geregelt), oder Embryonentransferverfahren, Sterilisationsumkehrung von Männern und Frauen, wenn nicht spezifisch durch die Police abgedeckt.
29. Anfallende Kosten für Massagetherapie.
30. Anfallende Kosten für nicht-bevorzugte Pflegekosten, bei denen es sich nicht um anerkannte Kosten handelt.
31. Kosten für die Behandlung versicherter Studierender, die sich im Bereich der mentalen Gesundheitspflege spezialisieren und als Teil ihrer Ausbildung eine Behandlung in diesem Bereich erhalten.
32. Anfallende Kosten für Routineuntersuchungen, routinemäßige Augenuntersuchungen, routinemäßige Zahnuntersuchungen, routinemäßige Gehöruntersuchungen und andere Vorsorgeleistungen, sofern nicht spezifisch in der Police angeführt.
33. Anfallende Kosten für eine Behandlung, einen Dienst, ein verschreibungspflichtiges Medikament oder Gerät, das für die Diagnose, Pflege oder Behandlung der vorliegenden Erkrankung oder Verletzung, die Wiederherstellung der physiologischen Funktionen oder die abgedeckten Vorsorgeleistungen nicht notwendig ist. Dies beinhaltet Dienste zur Verhaltensgesundheit, die nicht primär auf die Behandlung einer Krankheit, Verletzung, die Wiederherstellung physiologischer Funktionen abzielen und die keine physiologische oder organische Grundlage besitzen. Dies trifft zu, auch wenn sie durch den Arzt, Zahnarzt oder Augenspezialisten verschrieben, empfohlen oder genehmigt wurden.
34. Anfallende Kosten für Empfängnisverhütung, sofern nicht spezifisch in der Police angeführt.

Die Leistung zur Zahnbehandlung von Kindern unterliegt zusätzlichen Ausschlüssen und Beschränkungen. Siehe Zusammenfassung der Plangestaltung und Leistungen für Einzelheiten.

Jeder oben genannte Ausschluss findet in dem Umfang keine Anwendung, in dem die Deckung der Gebühren im Rahmen eines Gesetzes, dem der Versicherungsschutz unterliegt, erforderlich ist.