

Universidade da Califórnia—Extensão

Programas de Língua Inglesa e de Educação Internacional

RESUMO DO PLANO DE SEGURO SAÚDE 2017

Esta é uma breve descrição do Plano de Saúde do Aluno. O Plano de Extensão do Seguro Saúde da Universidade da Califórnia está disponível aos alunos e seus dependentes elegíveis. O Plano é subscrito pela Aetna Life Insurance Company (Aetna). As disposições exatas que regem este seguro estão contidas na Apólice Mestre emitida para o Plano de Extensão do Seguro Saúde da Universidade da Califórnia e podem ser vistas on-line em www.aetnastudenthealth.com. Se houver qualquer discrepância entre este Resumo de Benefícios e a Apólice, a Apólice Mestre prevalecerá e controlará o pagamento de benefícios.

Informações da Apólice

Seguradora: Aetna Student Health

Cobertura disponível dentro do período de cobertura: 31/12/2016 a 31/12/2017

Para baixar a brochura do plano ou um cartão de Identificação on-line, visite www.4studenthealth.com/extension.

Nome da Escola	Número da Apólice
Universidade da Califórnia, Berkeley—Extensão	686139
Universidade da Califórnia, Davis— Extensão	686140
Universidade da Califórnia, Irvine—Extensão	686141
Universidade da Califórnia, Los Angeles—Extensão	686142
Universidade da Califórnia, Riverside—Extensão	686143
Universidade da Califórnia, San Diego—Extensão	686144
Universidade da Califórnia, Santa Barbara—Extensão	686145
Universidade da Califórnia, Santa Cruz—Extensão	686146

Elegibilidade e Inscrição

Alunos, professores visitantes, acadêmicos ou outros indivíduos portadores de passaporte válido e visto de não-imigrante temporariamente localizados fora de seus países de origem ou de residência e que não tenham adquirido condição de residência permanente nos Estados Unidos durante atividades educacionais por intermédio de sua Universidade devem estar segurados pela Apólice. A Universidade pode conceder isenção a pessoas já seguradas por outros planos patrocinados pelo governo ou por embaixadas. Em caso de dúvidas sobre a inscrição, entre em contato com a Ascension em **(800) 537-1777**.

Se você se retirar da escola nos primeiros 31 dias de um período de cobertura, ou durante todo o período de cobertura, o que for menor, você não será coberto pela Apólice. Não há reembolsos pelo prêmio. Entre em contato com o Escritório Internacional de Alunos em sua escola se tiver dúvidas. Exceção: um Indivíduo Coberto que entrar para as forças armadas de qualquer país não será coberto pela Apólice a partir da data da entrada. Um reembolso pro rata do prêmio será concedido a tal indivíduo e quaisquer dependentes cobertos, mediante solicitação por escrito recebida pela Aetna no prazo de 90 dias após a retirada da escola.

Alunos envolvidos no Optional Practical Training (OPT) ou no Curricular Practical Training (CPT) também podem ser cobertos por esta apólice, desde que: 1) o OPT/CPT do aluno siga imediatamente um curso de estudo; e 2) o OPT/CPT do aluno não tenha mais de 12 meses de duração. Entre em contato com o Escritório Internacional de Alunos de sua escola para obter detalhes.

Os alunos cobertos podem também inscrever cônjuges legais, parceiros domésticos e filhos dependentes menores de 26 anos. Dependentes elegíveis devem ser inscritos na data em que o aluno se matricular ou dentro de 31 dias do nascimento, da adoção, do casamento, da chegada aos EUA ou da rescisão de outra cobertura (o comprovante de data poderá ser solicitado). Os alunos que desejem inscrever os dependentes elegíveis devem entrar em contato com sua escola. A inscrição e o pagamento do prêmio integral para todos os dependentes recém-adquiridos (cônjuge e/ou filhos) devem ser apresentados dentro de 31 dias a contar da obtenção desses Dependentes. Caso contrário, a inscrição não poderá ser aceita após o Prazo de Inscrição.

Cartão de Identificação

O administrador da escola lhe concederá o cartão de identificação do seguro. Se não receber o cartão ou se perder o que receber, você poderá baixá-lo em www.4studenthealth.com/extension. Mantenha sempre consigo o cartão de identificação de seguro. O cartão de identificação também pode ser usado para os dependentes cobertos.

Onde e como obter tratamento

Centro de Saúde Estudantil

Os centros de saúde estudantil geralmente oferecem uma ampla variedade de tratamento médico a custos reduzidos aos alunos. A Franquia será dispensada se você primeiro utilizar e/ou for encaminhado pelo centro de saúde de alunos aprovado. (Observação: os Dependentes da Extensão da UC e os alunos da Extensão da UC Santa Cruz não são elegíveis para acessar os centros de saúde estudantil; portanto, a Franquia não será dispensada para nenhum Dependente de Extensão da UC ou os alunos da UC Santa Cruz.) Você deve buscar atendimento médico no centro de saúde da Universidade em que está matriculado antes de buscar tratamento médico fora do campus sempre que possível. (Observação: os alunos do UCLA devem ir para o UCLA Medical Center e não para o centro de saúde estudantil da UCLA.) Entre em contato com o centro de saúde estudantil de sua Universidade para verificar a aceitação do plano de seguro. Uma taxa poderá ser cobrada, paga no momento da visita, ou será necessário o pagamento antecipado pelos serviços e a solicitação posterior do reembolso da parte que a empresa é responsável por pagar. Neste caso, você precisará solicitar uma declaração de faturamento detalhada e apresentá-la com seu pedido.

O Plano de Extensão do Seguro Saúde da Universidade da Califórnia é subscrito pela Aetna Life Insurance Company. Aetna Student HealthSM é a marca de produtos e serviços prestados pela Aetna Life Insurance Company e suas respectivas empresas afiliadas (Aetna).

Onde e como obter tratamento (continuação)

Rede de Provedores Preferenciais (PPN)

A Aetna Student Health providenciou seu acesso a uma Rede de Provedores Preferenciais em sua comunidade local. A lista completa de provedores pode ser encontrada no diretório eletrônico on-line da Aetna DocFind® Service em www.aetnastudenthealth.com (pesquise sua Universidade da Califórnia – Escola de Extensão específica).

Para maximizar a economia e reduzir as despesas pessoais, selecione um Provedor Preferencial. É vantajoso o uso de Provedores Preferenciais porque é possível, assim, economizar por meio dos Encargos Negociados que esses provedores concordaram em aceitar como pagamento por seus serviços.

Se um serviço ou suprimento que o indivíduo coberto necessitar for coberto pelo Plano, mas não estiver disponível por um Provedor de Atendimento Preferencial, ele deve entrar em contato com os Serviços aos Membros para obter assistência no número gratuito exibido no verso do cartão de identificação. Nessa situação, a Aetna pode emitir uma pré-aprovação para a pessoa coberta obter serviço ou suprimento de um Provedor de Atendimento Não Preferencial. Quando uma pré-aprovação é emitida pela Aetna, as despesas médicas cobertas são reembolsadas no nível de benefícios da rede de Atendimento Preferencial.

Receitas

Quando suas receitas forem aviadas em uma farmácia Preferencial da Aetna, as receitas serão cobertas em 100% da Taxa Negociada, após um Co-pagamento de US\$ 35,00 para cada medicamento de prescrição de marca coberto pelo plano, um Co-pagamento de US\$ 50,00 para cada medicamento de prescrição de marca não coberto pelo plano ou um Co-pagamento de US\$ 10,00 para cada medicamento de prescrição genérico. Caso a receita seja aviada em uma farmácia não-preferencial, você deve pagá-la integralmente no momento da cobrança e depois apresentar o pedido de reembolso de 50% dos encargos. Você pode encontrar a lista completa de farmácias preferenciais em www.aetnastudenthealth.com (procure sua Universidade da Califórnia – Escola de Extensão específica).

Sala de Emergência vs. Centro de Atendimento de Urgência

Em caso de emergência, ligue para **911** ou procure a sala de emergência (ER) mais próxima. Se o centro de saúde ou o consultório do médico estiver fechado e você precisar de atenção imediata, mas a enfermidade ou lesão NÃO apresentar risco de vida, você deve tentar se consultar em um centro de atendimento de urgência da Rede Preferencial e não na sala de emergência do hospital. Tais instalações geralmente estão abertas durante a noite e nos fins de semana e as despesas decorrentes são menores do que na sala de emergência. A lista completa de provedores pode ser encontrada no diretório eletrônico on-line da Aetna DocFind® Service em www.aetnastudenthealth.com (pesquise sua Universidade da Califórnia – Escola de Extensão específica).

Programa de Pré-Certificação

Seu Plano exige pré-certificação para internação hospitalar, incluindo admissões de emergência. Pré-certificação significa simplesmente que uma ligação deve ser feita à Aetna Student Health antes do tratamento para a obtenção de aprovação para o procedimento ou serviço médico ou após a admissão de emergência. A pré-certificação pode ser feita por você, por seu médico, pelo hospital ou por um de seus parentes. Para obter o pedido de certificação, entre em contato com a Aetna Student Health **(877) 480-4161**.

Uso do seguro e recebimentos das faturas pagas

Depois que se inscrever no plano:

1. Se precisar de atendimento médico, procure o centro de saúde da Universidade em que está matriculado antes de buscar tratamento médico fora do campus sempre que possível. (Observação: os alunos do UCLA devem ir para o UCLA Medical Center e não para o centro de saúde estudantil da UCLA.) Entre em contato com o centro de saúde estudantil de sua Universidade para verificar a aceitação do plano de seguro. Uma taxa poderá ser cobrada, paga no momento da visita, ou será necessário o pagamento antecipado pelos serviços e a solicitação posterior do reembolso da parte que a empresa é responsável por pagar. Neste caso, você precisará solicitar uma declaração de faturamento detalhada e apresentá-la com seu pedido.
2. Se não puder ir ao seu centro de atendimento no campus, use os provedores da Rede de Provedores Preferenciais (PPN). A lista completa de provedores pode ser encontrada no diretório eletrônico on-line da Aetna DocFind® Service em www.aetnastudenthealth.com (pesquise sua Universidade da Califórnia – Escola de Extensão específica). Entre em contato com o provedor antes de sua visita para confirmar sua associação à rede.
3. Em caso de emergência, ligue para **911** ou procure a sala de emergência do hospital mais próximo. Entre em contato com a Aetna Student Health em **(877) 480-4161** dentro de 1 dia útil da internação hospitalar (com estadia de 18 horas ou mais) após uma emergência.
4. Para hospitalizações programadas, incluindo cirurgia com internação, você deve se pré-certificar com 3 dias úteis de antecedência, ligando para a Aetna Student Health em **(877) 480-4161**.
5. Quando for a um consultório médico, centro de atendimento de urgência ou hospital, apresente o cartão de identificação do seguro. Eles podem ligar para a Ascension em **(800) 537-1777** para verificar a inscrição.
6. Após o recebimento do tratamento com um provedor Preferencial, o provedor submeterá a reivindicação por você. Você receberá uma Explicação dos Benefícios indicando o que foi coberto pelo seguro e, em seguida, receberá do provedor a cobrança de quaisquer encargos restantes. *A seguradora poderá contatá-lo para obter informações de acompanhamento.*
7. Se o Provedor não apresentar a reivindicação diretamente à Aetna Student Health, você mesmo pode fazê-lo enviando o Formulário de Reivindicação da Aetna e anexando uma fatura discriminada e o comprovante de pagamento (se o serviço já tiver sido pago) imediatamente após o tratamento. Sempre guarde cópias para seu controle. Envie os recibos preenchidos do Formulário de Reivindicação da Aetna para **(859) 455-8650** ou para o e-mail:

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

8. Se tiver dúvidas sobre o andamento da reivindicação após tê-la submetido ou se tiver dúvidas sobre os benefícios do Plano, ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente em **(877) 480-4161**.

RESUMO DO PLANO DE SEGURO SAÚDE 2017

Programação de Benefícios

Veja a seguir a descrição condensada dos benefícios disponíveis dentro do Plano. Consulte o Projeto do Plano e o Resumo de Benefícios para obter uma explicação mais completa dos benefícios e das limitações.

EXIGÊNCIA DE ENCAMINHAMENTO: Não é obrigatório encaminhamento para atendimentos ou tratamentos com provedores fora do campus. No entanto, a Franquia do Ano da Apólice será dispensada quando o tratamento for prestado primeiramente pelo centro de saúde do Aluno no Campus e quando for encaminhado pelo Centro de Saúde Estudantil. Todos os não-alunos (ou seja, dependentes, professores visitantes) não se qualificam para a utilização dos serviços do SHC e, portanto, não se qualificam para a isenção da Franquia de Atendimento Preferencial.

Observação: as franquias por visita ou por admissão não se aplicam para satisfazer a Franquia do Ano da Apólice.

	Atendimento Preferencial	Atendimento Não Preferencial
BENEFÍCIO MÁXIMO	Ilimitado, exceto conforme observado	
FRANQUIA (por indivíduo, por ano da apólice)	US\$ 100,00	US\$ 200,00
MÁXIMO INDIVIDUAL	US\$ 6.350,00 por indivíduo/US\$12.700,00 por família, por ano da apólice	
SERVIÇOS PREVENTIVOS/DE BEM-ESTAR	Atendimento Preferencial	Atendimento Não Preferencial
Incluem Taxa de Papanicolau, Despesa de Imunização, Despesa de Atendimento Preventivo Pediátrico, Despesa de Exame Físico de Rotina, Despesa de Exame de Rotina para Doença Sexualmente Transmissível*	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido
Cuidados odontológicos pediátricos limitados a Pessoas Cobertas com menos de 19 anos de idade*	Consulte Projeto do Plano e Resumo de Benefícios para obter detalhes	
Cuidados oftalmológicos pediátricos limitados a Pessoas Cobertas com menos de 19 anos de idade*	Consulte Projeto do Plano e Resumo de Benefícios para obter detalhes	
BENEFÍCIOS DE HOSPITALIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO	Atendimento Preferencial	Atendimento Não Preferencial
Confinamento Hospitalar, Despesas Hospitalares Diversas, Despesas de Médicos Não Cirúrgicos	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido
DESPESAS CIRÚRGICAS (PACIENTES INTERNADOS E AMBULATORIAIS)	Atendimento Preferencial	Atendimento Não Preferencial
Despesas Cirúrgicas, Despesas de Cirurgões Assistentes, Despesas Cirúrgicas Ambulatoriais	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido
Despesas com Anestesia	100% do encargo negociado	100% do encargo reconhecido
DESPESAS DE PACIENTES AMBULATORIAIS	Atendimento Preferencial	Atendimento Não Preferencial
Despesas Hospitalares Ambulatoriais, Despesas Clínicas Ambulatoriais	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido
Despesas de Sala de Emergência	100% do encargo negociado após um co-pagamento de US\$ 75,00 por visita (isento se admitido)	100% do encargo real após uma franquia de US\$ 75,00 por visita (isento se admitido)
Despesas de Atendimento de Urgência	100% do encargo negociado após um co-pagamento de US\$ 25,00 por visita	50% do encargo reconhecido após uma franquia de US\$ 25,00 por visita
Despesas com Ambulância	100% do encargo negociado	100% do encargo reconhecido
Despesas de Visita ao Consultório Médico, Despesas de Consultor	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido
Serviços de Laboratório e Raio-X, Despesas de Procedimentos de Alto Custo (Inclui tomografias, ressonâncias magnéticas, exames de PET e exames de imagem nuclear cardíaca)	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido
Despesa de Terapia Física, Despesa de Terapia (Inclui Despesas de Discurso, Ocupacional e Quiropraxia)	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido
Despesas com Equipamentos Médicos e Cirúrgicos Duráveis, Próteses e Despesas com Dispositivos de Órtese	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido
Despesas com Lesões Dentárias, Despesa Dentária para Dentes do Siso Afetados	100% do encargo negociado	100% do encargo reconhecido
TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS MENTAIS E NERVOSOS / ALCOOLISMO E VÍCIO EM DROGAS	Atendimento Preferencial	Atendimento Não Preferencial
Despesa de Internação por Doença Mental Grave de indivíduos de qualquer idade e Distúrbios Emocionais Graves de Crianças, Despesas de Internação para Tratamento de Distúrbios Mentais e Nervosos, Alcoolismo e Vício em Drogas	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido
Despesa sem Internação por Doença Mental Grave de indivíduos de qualquer idade e Distúrbios Emocionais Graves de Crianças, Despesas sem Internação para Tratamento de Distúrbios Mentais e Nervosos, Alcoolismo e Vício em Drogas	100% do encargo negociado	100% do encargo reconhecido
BENEFÍCIOS DE MATERNIDADE	Atendimento Preferencial	Atendimento Não Preferencial
Inclui Despesas de Maternidade, Cuidados Pré-Natais/Serviços Abrangentes de Suporte e Aconselhamento para Lactação, Equipamento Médico Durável de Aleitamento Materno, Bem-Estar de Recém-Nascidos, Despesa de Planejamento Familiar*	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido
COBERTURA DE RECEITAS MÉDICAS	Atendimento Preferencial	Atendimento Não Preferencial
Despesas com Medicamentos Prescritos Para obter assistência e uma lista completa de medicamentos excluídos ou medicamentos que necessitam de autorização prévia, entre em contato com o Aetna Pharmacy Management em (888) RX-AETNA (disponível 24 horas). A Aetna Specialty Pharmacy fornece medicamentos especiais e apoio aos membros que vivem com distúrbios crônicos. Para obter informações adicionais, acesse www.AetnaSpecialtyRx.com .	100% do encargo negociado, após co-pagamento: • US\$ 35,00 para medicamentos de marca incluídos na lista de medicamentos cobertos pelo plano • US\$ 50,00 para medicamentos de marca não incluídos na lista de medicamentos cobertos pelo plano • US\$ 10,00 para genérico	50% do encargo reconhecido
OUTROS	Atendimento Preferencial	Atendimento Não Preferencial
Despesas Obrigatórias e Outras Despesas de Benefícios, incluindo Diagnóstico Pré-Natal de Distúrbios Genéticos do Feto, Suprimentos para Teste para Diabéticos, Programas de Educação de Autogestão para Diabéticos Ambulatoriais, Disfunção da Articulação Temporomandibular, Tratamento de Nicotina, Tratamento Dermatológico, Transfusão ou Diálise de Sangue, Ensaio Clínico, Segunda Opinião Cirúrgica, Acupuntura em lugar de Anestesia, Serviços de Fenilcetonúria, Mastectomia e Reconstrução Mamária, Transplante de Órgãos Humanos, Cirurgia Bariátrica, Infertilidade Básica	Pagável de acordo com o tipo de despesa incorrida e o local onde o serviço for prestado	
Benefício de Cuidados Paliativos, Despesas com Atendimento Médico em Casa, Despesas com Enfermeiras Licenciadas	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido
Despesas de Instalações de Enfermagem Especializada, Despesas de Instalações de Reabilitação	100% do Encargo Negociado para tarifa de quarto semi-privado	50% do Encargo Reconhecido para tarifa de quarto semi-privado
Despesas de Implante Coclear	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido
Despesas de Aborto Espontâneo	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido
Despesas de Acupuntura	100% do encargo negociado	50% do encargo reconhecido

* A Franquia Anual não se aplica a esses serviços.

Exclusões

Este Plano não cobre nem fornece benefícios para:

1. Despesas incorridas com tratamentos dentários, serviços e suprimentos, exceto aqueles resultantes de lesão em dentes naturais sadios ou de extração de dentes do siso afetados e aqueles especificamente cobertos pela Apólice.
2. Despesas incorridas por refração ocular; terapia ocular; queratotomy radial; óculos; lentes de contato (exceto quando necessário após cirurgia de catarata); ou outros aparelhos auditivos ou visuais; ou prescrições ou exames, exceto quando necessário para reparo causado por uma lesão coberta.
3. Despesas incorridas por serviços prestados normalmente sem encargos pelos serviços de saúde escolar do Segurado; enfermaria ou hospital; ou pelos prestadores de atendimento médico empregados pelo Segurado.
4. Despesas para as quais os benefícios são pagos de acordo com qualquer Lei de Compensação ao Trabalhador ou Doença Ocupacional.
5. Despesas incorridas como resultado de lesão sofrida ou doença contraída durante o serviço nas Forças Armadas de qualquer país. Sobre a pessoa coberta entrando nas Forças Armadas de qualquer país; o prêmio pro rata não realizado será reembolsado ao Segurado.
6. Despesas incorridas com o tratamento prestado em hospital governamental, a menos que haja obrigação legal ou regulamentar com o pagamento dos encargos na ausência de seguro.
7. Despesas incorridas com cirurgia eletiva ou tratamento eletivo, exceto nos casos especificamente cobertos pela Apólice e fornecidos enquanto a Apólice estiver em vigor.
8. Despesas incorridas com cirurgia estética; cirurgia reconstrutora ou outros serviços e fornecimentos que melhorem, alterem ou aperfeiçoem a aparência; por razões psicológicas ou emocionais; exceto na medida necessária para: Melhorar a função de uma parte do corpo que: a) não seja um dente ou uma estrutura que suporte os dentes; e b) seja malformada, como resultado de defeito de nascimento grave; incluindo fissura labial/fissura palatina; sindactilia das mãos ou dos pés; ou como resultado direto de: doença; ou cirurgia realizada para tratar uma doença ou lesão.
9. Despesas pagas por qualquer outro seguro médico, de saúde ou de acidente válido e cobrável.
10. Despesas incorridas como resultado do cometimento de um crime.
11. Despesas incorridas após o término da data do seguro para um indivíduo coberto, exceto como pode ser especificamente previsto na extensão da prestação de benefícios.
12. Despesas incorridas por quaisquer serviços prestados por um membro da família imediata do indivíduo coberto ou por um indivíduo que vive na casa do indivíduo coberto.
13. Despesa por lesão, na medida em que os benefícios médicos de primeira pessoa sejam pagos sob qualquer seguro de automóvel sem atribuição de culpa ou qualquer outra lei obrigatória sem atribuição de culpa.
14. Despesas incorridas para as quais nenhum membro da família imediata do indivíduo coberto tenha qualquer obrigação legal de pagamento.
15. Despesas incorridas para cuidados com custódia, incluindo assistência com atividades da vida diária (por exemplo: andar, subir e descer da cama, banhar-se, vestir-se, alimentar-se, ir ao banheiro e tomar remédios). Esta exclusão não se aplica à assistência a atividades cotidianas que sejam fornecidas como parte dos cuidados paliativos cobertos, instalação de enfermagem qualificada, atendimento médico em casa ou cuidados hospitalares de internação.
16. Despesas incorridas para a remoção de um órgão de uma pessoa coberta com a finalidade de doar ou vender o órgão para qualquer pessoa ou organização, exceto conforme especificamente coberto na Apólice. Esta limitação não se aplica a uma doação por um indivíduo coberto a um cônjuge, filho, filha, irmão, irmã, pai ou mãe.
17. Despesas incorridas com, ou em conexão com, medicamentos, dispositivos, procedimentos ou tratamentos que sejam experimentais ou de investigação, exceto como especificamente cobertos pela Apólice.
18. Despesas incorridas com redução de mamas/mamoplastia, exceto quando medicamente necessário.
19. Despesas incorridas com qualquer cirurgia sinusal; exceto sinusite purulenta aguda.
20. Despesas incorridas por um indivíduo coberto; não cidadão dos Estados Unidos; para os serviços prestados no país de origem do indivíduo coberto; se o país de origem do indivíduo coberto tiver algum programa de medicina socializada.
21. Despesas incorridas com medicina alternativa; holística; e/ou terapia, incluindo mas não se limitando a, ioga e hipnoterapia, exceto nos casos especificamente cobertos pela Apólice.
22. Despesas pagas sob outro seguro de pagamento médico automotivo válido e cobrável; quer seja feito um pedido de indenização por esses benefícios ou não. A Apólice só pagará por aquelas perdas que não sejam pagas ao abrigo da Apólice de seguro automotivo de pagamento médico.
23. Despesas incorridas com exames auditivos, aparelhos auditivos; colocação ou prescrição de aparelhos auditivos, exceto nos casos especificamente cobertos pela Apólice. Não estão cobertos:
 - Quaisquer serviços auditivos que não atendam a padrões profissionalmente aceitos;
 - Exames auditivos realizados durante estadia em hospital ou em outra instalação;
 - Quaisquer testes, aparelhos e dispositivos para melhorar a audição, incluindo auxílios, aparelhos auditivos e amplificadores, ou para melhorar outras formas de comunicação para compensar a perda auditiva ou dispositivos que simulam a fala; e
 - Exames auditivos de rotina, exceto aqueles especificamente descritos nos Benefícios de Cuidados Preventivos.
24. Despesas de consultas telefônicas (exceto Serviços de Telemedicina); encargos por não comparecer a uma visita agendada; ou encargos para a conclusão de um formulário de reivindicação.
25. Despesas com itens de higiene pessoal e de conveniência, tais como aparelhos de ar condicionado, umidificadores, banheiras quentes, hidromassagem ou equipamento de exercício físico, mesmo se tais itens forem prescritos por um médico.
26. Despesas por serviços ou suprimentos destinados ao tratamento da obesidade e/ou controle do peso, exceto nos casos especificamente cobertos pela Apólice. Não estão cobertos os tratamentos, serviços ou fornecimentos de medicamentos destinados a diminuir ou aumentar o peso corporal, controlar o peso ou tratar a obesidade, incluindo mas não se limitando a: Lipoaspiração; Estimulantes, preparações, alimentos ou suplementos dietéticos, regimes e suplementos dietéticos, alimentos ou suplementos alimentares, supressores de apetite e outros medicamentos, a menos que um medicamento de prescrição seja necessário para o tratamento da obesidade mórbida; Aconselhamento, instrução, treinamento, hipnose ou outras formas de terapia; e Programas de exercícios, equipamentos de exercício, associação a academias de ginástica, terapia recreativa ou outras formas de atividade ou aprimoramento de atividade.
27. Despesas para cirurgias incidentais; e de espera de um médico.
28. Despesas relativas a serviços e fornecimentos relacionados à transferência intratubária de gametas; inseminação artificial; fertilização in vitro (exceto conforme exigido pela lei estadual); ou procedimentos de transferência de embriões; reversão eletiva de esterilização masculina ou feminina, exceto nos casos especificamente cobertos pela Apólice.
29. Despesas incorridas com massagem terapêutica.
30. Despesas incorridas com encargos de cuidados não preferenciais que não sejam encargos reconhecidos.
31. Despesas com tratamento de alunos cobertos que se especializam no campo de saúde mental; e que recebem tratamento como parte de seu treinamento nesse campo.
32. Despesas incorridas com exames físicos de rotina, exames oculares de rotina, exames odontológicos de rotina, exames auditivos de rotina e outros serviços e suprimentos preventivos, exceto conforme especificamente coberto pela Apólice.
33. Despesas incorridas com tratamento; serviço; prescrição de droga, ou suprimento; que não seja medicamente necessário para o diagnóstico, cuidado ou tratamento da doença ou lesão envolvida, a restauração de funções fisiológicas ou os serviços preventivos cobertos. Isso inclui serviços de saúde comportamental que não se destinam principalmente ao tratamento de doenças, lesões, restauração de funções fisiológicas ou que não tenham uma base fisiológica ou orgânica. Isso se aplica mesmo se forem prescritos, recomendados ou aprovados pelo médico especialista, dentista ou prestador de serviços oftalmológicos da pessoa.
34. Despesas incorridas com contracepção, exceto nos casos especificamente cobertos pela Apólice.

O benefício de Serviços Odontológicos Pediátricos está sujeito a exclusões e limitações adicionais. Consulte o Projeto do Plano e Resumo de Benefícios para obter detalhes.

Qualquer exclusão acima não se aplicará na medida em que a cobertura dos encargos seja exigida por qualquer lei aplicável à cobertura.