

# Extensión de la Universidad de California

## Programas educativos internacionales y de idioma inglés

### RESUMEN DEL PLAN DE SEGURO MÉDICO DE 2017

---

La presente es una breve descripción del Plan médico estudiantil. El Plan de seguro médico de la Extensión de la Universidad de California está disponible para los estudiantes y sus dependientes que cumplan con los requisitos. El Plan está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Las disposiciones específicas que rigen este seguro están incluidas en la Póliza Maestra que se ha emitido para el Plan de seguro médico de la Extensión de la Universidad de California, y pueden consultarse en línea en [www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com). Si existe alguna discrepancia entre este Resumen de beneficios y la Póliza Maestra, esta última regirá y controlará el pago de beneficios.

#### Información sobre la póliza

**Compañía aseguradora:** Aetna Student Health

Cobertura disponible dentro del período de cobertura: desde el 31 de diciembre de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2017

Para descargar el folleto del Plan o una credencial de identificación en línea, ingrese a [www.4studenthealth.com/extension](http://www.4studenthealth.com/extension).

Nombre de la institución educativa	Número de póliza
Extensión de la Universidad de California, Berkeley	686139
Extensión de la Universidad de California, Davis	686140
Extensión de la Universidad de California, Irvine	686141
Extensión de la Universidad de California, Los Ángeles	686142
Extensión de la Universidad de California, Riverside	686143
Extensión de la Universidad de California, San Diego	686144
Extensión de la Universidad de California, Santa Bárbara	686145
Extensión de la Universidad de California, Santa Cruz	686146

#### Requisitos e inscripción

Deben estar asegurados en virtud de la Póliza aquellos estudiantes, profesores visitantes, académicos u otras personas con pasaporte vigente y visa de no inmigrante que se encuentren temporalmente fuera de su país de nacimiento o de residencia y que no hayan recibido la residencia permanente en los Estados Unidos de América mientras participan en actividades educativas a través de su universidad. La universidad puede conceder una exención a las personas que ya estén aseguradas en virtud de otros planes patrocinados por el gobierno o la embajada. Si tiene consultas sobre la inscripción, comuníquese con Ascension al **(800) 537-1777**.

Si abandona la institución educativa dentro de los primeros 31 días de un período de cobertura, o del período de cobertura total, lo que sea menor, no recibirá cobertura en virtud de la Póliza. No hay reembolsos de primas. Comuníquese con la Oficina Internacional de Estudiantes de su institución educativa ante cualquier consulta. Excepción: las Personas con Cobertura que ingresen a las fuerzas armadas de cualquier país no recibirán cobertura en virtud de la Póliza a partir de la fecha de dicho ingreso. Previa solicitud por escrito recibida por Aetna, dicha persona y cualquier dependiente cubierto recibirán un reembolso prorrateado de la prima dentro de los 90 días posteriores al abandono de la institución educativa.

Los estudiantes que participen en la Capacitación práctica optativa (OPT, por sus siglas en inglés) o en la Capacitación práctica curricular (CPT, por sus siglas en inglés) también pueden recibir cobertura en virtud de esta póliza, siempre que: 1) la OPT o CPT del estudiante sea inmediatamente posterior a una carrera; y 2) la OPT o CPT del estudiante no tenga una duración superior a 12 meses. Comuníquese con la Oficina Internacional de Estudiantes de su institución educativa para obtener mayor información.

Los estudiantes cubiertos también pueden inscribir a su cónyuge legal, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 26 años. Los dependientes que cumplan con los requisitos deben estar inscritos en la fecha en la que se inscriba el estudiante o dentro de los 31 días posteriores al nacimiento, adopción, matrimonio, llegada a los Estados Unidos o finalización de otra cobertura (es posible que se solicite prueba de la fecha). Los estudiantes que deseen inscribir a sus dependientes deberán comunicarse con su institución educativa. La inscripción y el pago de la prima completa para todos los dependientes recién adquiridos (cónyuge o hijos) deben hacerse dentro de los 31 días posteriores a la obtención de dichos dependientes. De lo contrario, no se podrá aceptar la inscripción después de la fecha límite de inscripción.

#### Credencial de identificación

El administrador de su institución educativa le dará su credencial de identificación para el seguro. Si no recibe la credencial o pierde la que le han dado, puede descargar una credencial de identificación en [www.4studenthealth.com/extension](http://www.4studenthealth.com/extension). Debe llevar consigo su credencial de identificación del seguro en todo momento. También podrá usar su credencial de identificación para sus dependientes cubiertos.

#### Dónde y cómo obtener tratamiento

##### Centro de salud estudiantil

Los centros de salud estudiantil a menudo ofrecen una amplia gama de tratamientos médicos a un menor costo para los estudiantes. Se exige el deducible si es derivado por el centro de salud estudiantil autorizado o es la primera vez que utiliza los servicios. (Nota: los estudiantes de la Extensión de la UC de Santa Cruz y los dependientes de esa extensión no pueden acceder a los centros médicos estudiantiles. Por lo tanto, no se eximirá el deducible para ningún estudiante ni dependiente de la Extensión de la UC de Santa Cruz). Siempre que sea posible, deberá solicitar atención médica en el centro de salud de la universidad en que esté inscrito antes de solicitar tratamiento médico fuera del campus. (Nota: los estudiantes de UCLA deben ir al Centro Médico de UCLA, no al centro de salud estudiantil de UCLA). Comuníquese con el centro de salud estudiantil de su universidad para saber si aceptan este plan de seguro. Es posible que se le cobre una tarifa por consulta, que debe pagarse al momento de la consulta, o es posible que deba pagar por adelantado los servicios y luego presentar un reclamo de reembolso por el monto que la Compañía tiene la responsabilidad de pagar. En este caso, deberá solicitar una declaración de facturación detallada y enviarla con su reclamo.

**El Plan de seguro médico de la Extensión de la Universidad de California está asegurado por Aetna Life Insurance Company. Aetna Student Health<sup>SM</sup> es la marca de los productos y servicios proporcionados por Aetna Life Insurance Company y sus compañías afiliadas correspondientes (Aetna).**

## Dónde y cómo obtener tratamiento (continuación)

### Red de Proveedores Preferidos (PPN, por sus siglas en inglés)

Aetna Student Health ha dispuesto que usted acceda a una Red de Proveedores Preferidos en su comunidad local. Se puede encontrar una lista completa de proveedores mediante el servicio de directorio electrónico en línea DocFind® de Aetna al ingresar en [www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com) (busque su institución educativa de extensión de la Universidad de California).

Para maximizar sus ahorros y reducir sus gastos de bolsillo, seleccione un Proveedor Preferido. Le conviene utilizar un Proveedor Preferido, debido a que se pueden obtener ahorros de los cargos negociados que estos proveedores han acordado aceptar como pago por sus servicios.

Si un servicio o suministro que una persona cubierta necesita está cubierto en virtud del Plan pero no está disponible a través de un Proveedor de Atención Preferencial, las personas cubiertas deberán comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar ayuda al número gratuito que se encuentra en la parte posterior de la credencial de identificación. En esta situación, Aetna puede emitir una aprobación previa para que una persona cubierta obtenga el servicio o suministro de un Proveedor de Atención No Preferencial. Cuando Aetna emita una aprobación previa, los gastos médicos cubiertos se reembolsan al nivel de beneficios de la red de Atención Preferencial.

### Recetas médicas

Al presentar sus recetas en una Farmacia Preferida de Aetna, estas tendrán cobertura del 100 % del cargo negociado, después de un copago de \$35 por cada medicamento recetado de marca incluida en el vademécum, un copago de \$50 por cada medicamento recetado de marca no incluida en el vademécum o un copago de \$10 por cada medicamento genérico recetado. Si presenta una receta en una farmacia no preferida, debe pagarla en su totalidad al momento de la entrega de los medicamentos y luego presentar un reclamo en concepto de reembolso del 50 % de los cargos. Puede encontrar una lista completa de las Farmacias Preferidas en [www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com) (busque su institución educativa de extensión de la Universidad de California).

### Sala de emergencias frente al Centro de Atención de Urgencia

En caso de emergencia, llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias más cercana (ER, por sus siglas en inglés). Si el centro de salud o el consultorio de su médico está cerrado y usted necesita atención médica inmediata, pero la enfermedad o lesión NO representa un riesgo para su vida, debe intentar visitar un centro de atención urgente de la red de proveedores preferidos en lugar de la sala de emergencia de un hospital. Estas instalaciones suelen abrir por las tardes y los fines de semana, y por lo general desembolsará menos dinero que en el caso de una ER. Se puede encontrar una lista completa de proveedores mediante el servicio de directorio electrónico en línea DocFind® de Aetna al ingresar en [www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com) (busque su institución educativa de extensión de la Universidad de California).

### Programa de certificación previa

Su Plan requiere certificación previa para una estadía en el hospital, incluidas las admisiones de emergencia. La certificación previa simplemente significa llamar a Aetna Student Health antes de un tratamiento para obtener la autorización de un procedimiento o servicio médico o después de una admisión de emergencia. La certificación previa puede hacerla usted, su médico, el hospital o un familiar suyo. Para realizar las solicitudes de certificación, se deberá comunicar con Aetna Student Health al **(877) 480-4161**.

## Uso del seguro y pago de facturas

Después de inscribirse en el plan:

1. Siempre que sea posible, si necesita atención médica, diríjase al centro médico de la universidad en donde esté inscripto antes de obtener tratamiento médico fuera del campus. (Nota: los estudiantes de UCLA deben ir al Centro Médico de UCLA, no al centro de salud estudiantil de UCLA). Comuníquese con el centro de salud estudiantil de su universidad para saber si aceptan este plan de seguro. Es posible que se le cobre una tarifa por consulta, que debe pagarse al momento de la consulta, o es posible que deba pagar por adelantado los servicios y luego presentar un reclamo de reembolso por el monto que la Compañía tiene la responsabilidad de pagar. En este caso, deberá solicitar una declaración de facturación detallada y enviarla con su reclamo.
2. Si no puede dirigirse al centro de servicios médicos del campus, utilice los proveedores de la Red de proveedores preferidos (PPN). Se puede encontrar una lista completa de proveedores mediante el servicio de directorio electrónico en línea DocFind® de Aetna al ingresar en [www.aetnastudenthealth.com](http://www.aetnastudenthealth.com) (busque su institución educativa de extensión de la Universidad de California). Comuníquese con el proveedor antes de su visita para confirmar que este participa en la red.
3. En caso de emergencia, llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano. Tras una emergencia, comuníquese con Aetna Student Health al **(877) 480-4161** durante el día hábil siguiente en caso de haber sido ingresado en el hospital (con una estadía de 18 horas o más).
4. Para hospitalizaciones programadas, incluidas las cirugías de pacientes hospitalizados, debe realizar la certificación previa con 3 días hábiles de antelación al llamar a Aetna Student Health al **(877) 480-4161**.
5. Cuando se dirija a un consultorio médico, a un centro de atención médica de urgencia o a un hospital, muestre su credencial de identificación del seguro. De este modo, el personal podrá comunicarse con Ascension al **(800) 537-1777** para verificar que usted figura inscripto.
6. Después de recibir tratamiento de un Proveedor Preferido, este presentará el reclamo en su nombre. Usted recibirá una Descripción de los beneficios que le indicará la parte cubierta por el seguro para que luego el proveedor le facture los cargos restantes. *La compañía de seguros puede comunicarse con usted para realizar un seguimiento del caso.*
7. Si el Proveedor no presenta el reclamo directamente ante Aetna Student Health, usted puede presentarlo al enviar un formulario de reclamo de Aetna junto con una factura desglosada y un comprobante de pago (si pagó el servicio) inmediatamente después del tratamiento. Siempre conserve copias como constancia. Envíe por fax los recibos del formulario de reclamo de Aetna completo al **(859) 455-8650** o por correo a:

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

8. Ante cualquier consulta acerca del estado de su reclamo después de haberlo presentado o ante cualquier consulta acerca de los beneficios del Plan, llame al Servicio de Atención al Cliente al **(877) 480-4161**.

# RESUMEN DEL PLAN DE SEGURO MÉDICO DE 2017

## Programa de beneficios

A continuación se presenta una descripción resumida de los beneficios disponibles en virtud del Plan. Consulte el Resumen de beneficios y diseño del plan para obtener información más detallada acerca de los beneficios y las restricciones.

REQUISITO DE DERIVACIÓN: No se requiere una derivación antes de solicitar atención médica o tratamiento de parte de un proveedor fuera del campus. Sin embargo, se eximirá el deducible anual de la póliza cuando el tratamiento se brinde primero en el centro de salud estudiantil del campus y cuando haya sido derivado por el centro médico estudiantil (SHC, por sus siglas en inglés). Todos aquellos que no sean estudiantes (es decir, dependientes o académicos visitantes) no pueden utilizar los servicios del SHC y, por lo tanto, no están exentos de pagar el deducible de atención preferencial.

Nota: por consulta o admisión, los deducibles no cuentan para satisfacer el deducible anual de la póliza.

	Atención preferencial	Atención no preferencial
<b>BENEFICIO MÁXIMO</b>	Ilimitado, con las excepciones establecidas	
<b>DEDUCIBLE (por persona, por año de póliza)</b>	\$100	\$200
<b>MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO</b>	\$6.350 por persona/\$12.700 por familia, por año de póliza	
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS/DE BIENESTAR</b>	Atención preferencial	Atención no preferencial
Incluye Papanicolau, gastos de vacunación, gastos de cuidado preventivo pediátrico, gastos de exámenes de rutina física y gastos de exámenes de rutina para la detección de enfermedades de transmisión sexual.*	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Atención pediátrica odontológica limitada a personas cubiertas menores de 19 años*	Consulte el Resumen de beneficios y diseño del plan para obtener más información.	
Atención pediátrica oftalmológica limitada a personas cubiertas menores de 19 años*	Consulte el Resumen de beneficios y diseño del plan para obtener más información.	
<b>BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN</b>	Atención preferencial	Atención no preferencial
Estadías en el hospital, gastos hospitalarios varios, gastos no quirúrgicos de médicos	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
<b>GASTOS QUIRÚRGICOS (HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS)</b>	Atención preferencial	Atención no preferencial
Gastos quirúrgicos, gastos de auxiliares del cirujano, gastos quirúrgicos ambulatorios	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Gastos de anestesia	100 % del cargo negociado	100 % del cargo reconocido
<b>GASTOS AMBULATORIOS</b>	Atención preferencial	Atención no preferencial
Gastos hospitalarios de pacientes ambulatorios, gastos de clínica ambulatoria	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Gastos de sala de emergencias	100 % del cargo negociado después de un copago de \$75 por visita (eximido si ingresa en el hospital)	100 % del cargo real después de un deducible de \$75 por visita (eximido si ingresa en el hospital)
Gastos de atención de urgencia	100 % del cargo negociado después de un copago de \$25 por visita	50 % del cargo reconocido después de un deducible de \$25 por visita
Gastos de ambulancia	100 % del cargo negociado	100 % del cargo reconocido
Gastos de visita al consultorio del médico, gastos de médico especialista	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Servicios de laboratorio y rayos X, gastos de procedimientos de alto costo (Incluye tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones y pruebas de imágenes cardíacas nucleares).	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Gastos de fisioterapia, gastos de terapia (Incluye gastos de terapia del habla, ocupacional y quiropráctica).	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Gastos de equipo médico y quirúrgico duradero, prótesis y gastos de dispositivos ortóticos	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Gastos por lesiones dentales, gastos odontológicos por muelas del juicio impactadas	100 % del cargo negociado	100 % del cargo reconocido
<b>TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS/ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN</b>	Atención preferencial	Atención no preferencial
Gastos hospitalarios por enfermedad mental grave de personas de cualquier edad y trastornos emocionales graves de niños, trastornos mentales y nerviosos, gastos hospitalarios por alcoholismo y tratamiento de adicción a las drogas	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Gastos ambulatorios por enfermedad mental grave de personas de cualquier edad y trastornos emocionales graves de niños, trastornos mentales y nerviosos, gastos ambulatorios por alcoholismo y tratamiento de adicción a las drogas	100 % del cargo negociado	100 % del cargo reconocido
<b>BENEFICIOS DE MATERNIDAD</b>	Atención preferencial	Atención no preferencial
Incluye gastos de maternidad, atención prenatal/servicios de asesoramiento y apoyo integral en la lactancia, equipo médico duradero para lactancia, gastos de atención médica al recién nacido, gastos de planificación familiar*	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
<b>COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	Atención preferencial	Atención no preferencial
Gastos de medicamentos recetados Para solicitar asistencia y una lista completa de medicamentos excluidos, o medicamentos que requieren autorización previa, comuníquese con Aetna Pharmacy Management al (888) RX-AETNA (disponible las 24 horas). Aetna Specialty Pharmacy ofrece medicamentos especiales y apoyo a miembros que viven con enfermedades crónicas. Para obtener más información, ingrese a <a href="http://www.AetnaSpecialtyRx.com">www.AetnaSpecialtyRx.com</a> .	100 % del cargo negociado, después del copago: • \$35 Marca incluida en el vademécum • \$50 Marca fuera del vademécum • \$10 Genérico	50 % del cargo reconocido
<b>OTROS</b>	Atención preferencial	Atención no preferencial
Gastos obligatorios y otros beneficios, incluido el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto, suministros de pruebas para diabéticos, programas de educación para la autogestión diabética para pacientes ambulatorios, disfunción de la articulación temporomandibular, tratamiento con nicotina, dermatología, transfusión o diálisis de sangre, segunda opinión quirúrgica de pruebas clínicas, acupuntura en vez de anestesia, servicios de fenilcetonuria, mastectomía y reconstrucción mamaria, trasplante de órganos humanos, cirugía bariátrica, infertilidad básica	Pagadero de acuerdo con el tipo de gasto incurrido y el lugar donde se presta el servicio	
Beneficio de hospicio, gastos de atención médica en el hogar, gastos de enfermera con licencia	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Gastos de instalación de enfermería especializada, gastos de instalación de rehabilitación	100 % del cargo negociado por la tarifa de habitación semiprivada	50 % del cargo reconocido por la tarifa de habitación semiprivada
Gastos de implante coclear	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Gastos de aborto voluntario	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido
Gastos de acupuntura	100 % del cargo negociado	50 % del cargo reconocido

\* El deducible anual no aplica a estos servicios.

## Exclusiones

Este Plan no cubre ni proporciona beneficios por:

1. Gastos ocasionados por tratamientos, servicios y suministros odontológicos, excepto los que surjan de lesiones en dientes naturales sanos o por la extracción de muelas del juicio impactadas y aquellos que estén específicamente cubiertos en virtud de la Póliza.
2. Gastos ocasionados por refracciones oculares, terapia de la vista, queratotomía radial, anteojos, lentes de contacto (excepto cuando sea necesario después de una cirugía de cataratas), otros aparatos auditivos o de la vista, recetas o exámenes, excepto cuando sea necesario para la reparación causada por una lesión cubierta.
3. Gastos ocasionados por servicios normalmente prestados sin cargo por los servicios médicos de la institución educativa del Titular de la póliza, enfermería u hospital o por los proveedores de atención médica empleados por el Titular de la póliza.
4. Gastos por los cuales los beneficios se pagan en virtud de cualquier Ley de compensación para trabajadores o enfermedad ocupacional.
5. Gastos incurridos como consecuencia de una lesión o enfermedad contraída mientras se encontraba al servicio de las Fuerzas Armadas de un país. Al ingreso de la persona cubierta en las Fuerzas Armadas de un país, se devolverá la prima prorrateada no devengada al Titular de la póliza.
6. Gastos ocasionados por el tratamiento prestado en un hospital gubernamental a menos que exista una obligación legal o reglamentaria de pagar dichos cargos en ausencia de seguro.
7. Gastos incurridos por tratamiento optativo o cirugía optativa, excepto según lo que se cubra específicamente en virtud de la Póliza y se brinde mientras la Póliza esté vigente.
8. Gastos incurridos por cirugía estética, cirugía reconstructiva u otros servicios y suministros que mejoren, modifiquen o realcen la apariencia, independientemente de que sea por razones psicológicas o emocionales, a excepción de los casos en que sean necesarios para lo siguiente: Mejorar la función de una parte del cuerpo que: a) no es un diente o una estructura que sostiene los dientes; y b) presenta una malformación como consecuencia de un defecto congénito grave; labio leporino o paladar hendido; dedos palmeados de la mano o de los pies; o como consecuencia directa de una enfermedad o cirugía realizada para tratar una enfermedad o lesión.
9. Gastos pagados por cualquier otro seguro médico, de salud o contra accidentes válido y susceptible de cobro.
10. Gastos incurridos como resultado de la comisión de un delito grave.
11. Gastos incurridos después de la fecha en la que vence el seguro de una persona cubierta, a menos que se indique específicamente en la disposición de Extensión de beneficios.
12. Gastos incurridos por los servicios prestados por un familiar directo de la persona cubierta o por una persona que vive en la casa de la persona cubierta.
13. Gastos por lesión en la medida en que los beneficios médicos de la primera parte se pagan en virtud de una cobertura estatal de automóvil sin culpa o cualquier otra ley obligatoria sin culpa.
14. Gastos incurridos respecto de los cuales ningún familiar directo de la persona cubierta tiene ninguna obligación legal de pago.
15. Gastos incurridos por el cuidado supervisado, incluida la asistencia para realizar actividades de la vida diaria (por ejemplo: caminar, subir y bajar de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño y tomar medicamentos). Esta exclusión no aplica a la asistencia para realizar actividades de la vida diaria que se proporciona como parte del servicio de hospicio cubierto, el establecimiento de enfermería especializada, la atención médica en el hogar o la atención hospitalaria de pacientes internados.
16. Gastos incurridos por la extracción de un órgano de una persona cubierta con el fin de donar o vender el órgano a otra persona u organización, salvo que estén cubiertos específicamente en la Póliza. Esta restricción no aplica a una donación hecha por una persona cubierta a un cónyuge, hijo, hermano, hermana o padre.
17. Gastos ocasionados por medicamentos, dispositivos, procedimientos o tratamientos, o en relación con ellos, que sean experimentales o de investigación, salvo que estén cubiertos específicamente en la Póliza.
18. Gastos incurridos por reducción mamaria/mamoplastia, salvo en los casos en que sean necesarios a nivel médico.
19. Gastos incurridos por cualquier cirugía sinusal; excepto en el caso de sinusitis purulenta aguda.
20. Gastos incurridos por una persona cubierta, que no tenga ciudadanía estadounidense, por servicios prestados dentro del país de origen de la persona cubierta, si el país de origen de esa persona cubierta tiene un programa de medicina socializada.
21. Gastos incurridos por tratamientos médicos alternativos o medicina holística, lo que incluye yoga e hipnoterapia, a menos que estén cubiertos específicamente en virtud de la Póliza.
22. Gastos pagados en virtud de otro seguro de pago médico de automóviles válido y susceptible de cobro, independientemente de que se haya presentado un reclamo para esos beneficios. La póliza sólo pagará las pérdidas que no se pagan en virtud de la póliza de seguro de pago médico de automóvil.
23. Gastos incurridos por exámenes de audición, audífonos, accesorios o la prescripción de audífonos, salvo que estén cubiertos específicamente en la Póliza. Lo siguiente no tiene cobertura:
  - Todo servicio o suministro de audición que no cumpla con los estándares profesionalmente aceptados.
  - Exámenes de audición brindados durante la estadía en un hospital u otro centro médico.
  - Pruebas, equipos y dispositivos para mejorar la audición, incluida la asistencia, los audífonos y amplificadores, o para mejorar otras formas de comunicación con el fin de compensar la pérdida de la audición o dispositivos que simulan el habla.
  - Exámenes de audición de rutina, excepto los exámenes de audición de rutina que se describan específicamente en los Beneficios de atención preventiva.
24. Gastos por consultas telefónicas (excepto los servicios de telemedicina), cargos por no presentarse a una consulta programada o cargos por completar un formulario de reclamo.
25. Gastos por artículos de higiene y confort personal, como acondicionadores de aire, humidificadores, jacuzzis, bañeras de hidromasaje o equipos de ejercicio físico, incluso si tales artículos son prescritos por un médico.
26. Gastos por servicios o suministros para el tratamiento de la obesidad o el control de peso, salvo que estén cubiertos específicamente en virtud de la Póliza. No están cubiertos los tratamientos, servicios o suministros de medicamentos destinados a disminuir o aumentar el peso corporal, controlar el peso o tratar la obesidad, entre los que se incluyen: Liposucción, estimulantes, preparaciones, alimentos o suplementos dietarios, regímenes y suplementos dietarios, alimentos o suplementos alimentarios, supresores del apetito y otros medicamentos, a menos que se necesite un medicamento recetado para el tratamiento de la obesidad mórbida; asesoramiento, entrenamiento, capacitación, hipnosis u otras formas de terapia; y programas de ejercicios, equipo de ejercicios, membresía a clubes de salud o de fitness, terapia recreativa u otras formas de actividad o mejora de la actividad.
27. Gastos por operaciones incidentales y gastos de reserva de un médico.
28. Gastos por servicios y suministros relacionados con la transferencia intrafalopiana de gametos, inseminación artificial, fertilización *in vitro* (salvo lo establecido por la ley estatal) o procedimientos de transferencia de embriones, reversión de esterilización electiva masculina o femenina, salvo que esté cubierto específicamente en la Póliza.
29. Gastos incurridos por terapia de masaje.
30. Gastos incurridos por cargos de atención no preferencial que no sean cargos reconocidos.
31. Gastos por el tratamiento de estudiantes cubiertos que se especializan en el campo del cuidado de la salud mental y que reciben tratamiento como parte de su formación en ese campo.
32. Gastos ocasionados por exámenes físicos de rutina, exámenes oculares de rutina, exámenes odontológicos de rutina, exámenes rutinarios de audición y otros servicios y suministros preventivos, salvo que estén cubiertos específicamente en la Póliza.
33. Gastos ocasionados por un tratamiento, servicio, medicamento recetado o suministro, que no es médicamente necesario para el diagnóstico, atención o tratamiento de la enfermedad o lesión correspondiente, la restauración de funciones fisiológicas o los servicios preventivos cubiertos. Esto incluye los servicios de salud conductual que no están dirigidos principalmente al tratamiento de enfermedades, lesiones, restauración de funciones fisiológicas o que no tienen una base fisiológica u orgánica. Esto aplica incluso si está prescrito, recomendado, o autorizado por el médico, odontólogo u oftalmólogo que atendió al paciente.
34. Gastos incurridos para anticoncepción, salvo que estén cubiertos específicamente en la Póliza.

**El beneficio de los servicios odontológicos pediátricos está sujeto a exclusiones y restricciones adicionales. Consulte el Resumen de beneficios y diseño del plan para obtener más información.**

**Cualquier exclusión anterior no se aplicará en la medida en que la cobertura de los cargos se requiera en virtud de alguna ley que aplique a la cobertura.**