

**Resumen de Beneficios  
ASO Choice Plus**

**Plan Médico Base para la Ciudad de Hialeah 2019  
Empleados, oficiales de policía y jubilados menores de 65 años**

UnitedHealthcare Services, Inc. y la Ciudad de Hialeah desean ayudarle a tomar el control y a aprovechar al máximo sus beneficios de cuidado de la salud. Por este motivo, ofrecemos servicios convenientes a fin de dar una respuesta rápida y precisa a sus preguntas sobre el cuidado de la salud:

- **myuhc.com@:** Aproveche unas herramientas en Internet fáciles de usar que le ahorrarán tiempo. Puede verificar sus requisitos de participación, beneficios, reclamos, pagos de reclamo, buscar un médico o un hospital y mucho más.
- **Apoyo de enfermería las 24 horas:** Tiene acceso telefónico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a enfermeras y otros recursos de salud que pueden asesorarlo para tomar decisiones informadas. Simplemente llame al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de ID.
- **Apoyo telefónico de Servicio al Cliente:** ¿Necesita más ayuda? Llame a un profesional de Servicio al Cliente al número de teléfono gratuito que se encuentra en el reverso de su tarjeta de ID. Obtenga respuestas a sus preguntas sobre los beneficios o reciba ayuda para encontrar un médico u hospital.

El Resumen de Beneficios solo pretende destacar sus beneficios y no se debe depender de su contenido para determinar completamente su cobertura. Si este Resumen de Beneficios discrepa de alguna manera con el Resumen de la Descripción del Plan, prevalecerá este último. Se recomienda que revise su Resumen de la Descripción del Plan para obtener una descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de cobertura.

**PUNTOS SOBRESALIENTES DEL PLAN**

Tipos de cobertura		Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Deducible anual</b>			
Deducible individual	\$1,500 por año	\$3,000 por año	
Deducible familiar	\$4,500 por año	\$9,000 por año	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los copagos del miembro no se acumulan para alcanzar el deducible</li> </ul>			
<b>Máximo de gastos de su bolsillo combinado para gastos médicos y de farmacia</b>			
Máximo individual de gastos de su bolsillo	\$5,000 por año	\$10,000 por año	
Máximo familiar de gastos de su bolsillo	\$15,000 por año	\$30,000 por año	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El máximo de gastos de su bolsillo incluye el deducible anual, los coseguros o copagos.</li> <li>• El costo compartido de farmacia se acumula para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.</li> </ul>			
<b>Coseguro del plan de beneficios: La cantidad que paga el plan</b>			
	El 80 % después de alcanzar el deducible.	El 60 % después de alcanzar el deducible.	
<b>Beneficio máximo una vez en la vida</b>			
No hay un límite en dólares a la cantidad que pagará el plan por los beneficios esenciales durante todo el tiempo que usted esté inscrito en este plan.	No hay un beneficio máximo una vez en la vida	No hay un beneficio máximo una vez en la vida	
<b>Beneficios de medicamentos con receta</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los beneficios de medicamentos con receta se muestran por separado.</li> </ul>			
<b>Información de notificación previa al servicio</b>			
* Se requiere preautorización para ciertos servicios.			
** Se requiere preautorización para el equipo que exceda los \$1,000.			
<b>Información sobre límites de beneficios</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El deducible anual, el máximo de gastos de su bolsillo y los límites de beneficios se calculan sobre la base de un año calendario.</li> <li>• Todos los beneficios se reembolsan sobre la base de los gastos aprobados. Para obtener una definición de gastos aprobados, consulte su Resumen de la Descripción del Plan.</li> <li>• Cuando se aplican límites de beneficios, el límite se refiere a cualquier combinación de beneficios dentro y fuera de la red, a menos que se indique específicamente en la categoría de beneficios.</li> </ul>			

<b>BENEFICIOS</b>		
Tipos de cobertura	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Servicios de ambulancia: De emergencia y que no son de emergencia</b>		
Ambulancia terrestre y aérea	Copago de \$75	* Copago de \$75
<b>Servicios dentales: Solo para accidentes</b>		
Cirugía bucal/muelas de juicio: Extracción de diente impactado Máximo pagadero por diente \$50.00	* El 80 % después de alcanzar el deducible.  El 80 % después de alcanzar el deducible.	* El 80 % después de alcanzar el deducible de la red.  El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Equipo médico duradero<sup>1</sup></b>		
	El 80 % después de alcanzar el deducible.	** El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Servicios de salud de emergencia: Pacientes ambulatorios</b>		
	El 100 % después de pagar un copago de \$250 por visita. Si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital de la red directamente desde la sala de emergencias, no tendrá que pagar este copago. En cambio, se aplicarán los beneficios por estadía como paciente hospitalizado en un hospital de la red.	* El 100 % después de pagar un copago de \$250 por visita.
<b>Aparatos auditivos</b>		
	Sin cobertura	Sin cobertura

**SFXGTTTT07PA**

<b>BENEFICIOS</b>		
Tipos de cobertura	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Cuidado de la salud a domicilio</b>		
Los beneficios se limitan de la siguiente manera: Se limita a 60 visitas por año	El 80 % después de alcanzar el deducible.	* El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Cuidados paliativos</b>		
	El 80 % después de alcanzar el deducible.	* El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Hospital: Estadía como paciente hospitalizado</b>		
	El 80 % después de alcanzar el deducible.	* El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Servicios de laboratorio, radiografías y de diagnóstico: Pacientes ambulatorios</b>		
Para obtener más información sobre los servicios de laboratorio, radiografías y servicios de diagnóstico preventivos, consulte la categoría "Servicios para el cuidado preventivo".	El 80 % después de alcanzar el deducible.	El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Servicios de laboratorio, radiografías y de diagnóstico mayores: Tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética y medicina nuclear: Pacientes ambulatorios</b>		
	El 80 % después de alcanzar el deducible.	El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Servicios para el tratamiento de la infertilidad</b>		
Los beneficios se limitan de la siguiente manera: \$5,000 por persona cubierta durante todo el período que esté inscrita para recibir la cobertura del plan. Fecundación in vitro (un procedimiento solamente)	El 80 % después de alcanzar el deducible.	* El 60 % después de alcanzar el deducible.

<b>BENEFICIOS</b>		
Tipos de cobertura	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Servicios para la salud mental</b>		
Pacientes hospitalizados	El 80 % después de alcanzar el deducible.	* El 60 % después de alcanzar el deducible.
Pacientes ambulatorios	El 100 % después de pagar un copago de \$25 por visita.	* El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Trastornos neurobiológicos: Servicios para la salud mental para trastornos del espectro autista</b>		
Pacientes hospitalizados	El 80 % después de alcanzar el deducible.	* El 60 % después de alcanzar el deducible.
Pacientes ambulatorios	El 100 % después de pagar un copago de \$25 por visita.	* El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Productos farmacéuticos: Pacientes ambulatorios</b>		
Esto incluye los medicamentos administrados en un centro para pacientes ambulatorios, en el consultorio médico o en el domicilio de una persona cubierta.	El 80 % después de alcanzar el deducible.	El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Honorarios del médico por servicios quirúrgicos y médicos</b>		
	El 80 % después de alcanzar el deducible.	El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Servicios en el consultorio médico: Enfermedad y lesión</b>		
Visita al consultorio del médico de cuidado primario	El 100 % después de pagar un copago de \$25 por visita.	El 60 % después de alcanzar el deducible.
Visita al consultorio del médico especialista	El 100 % después de pagar un copago de \$50 por visita.	El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Copago por visita al consultorio solamente se aplica</b> cuando estos servicios se prestan durante una visita al consultorio: Tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, medicina nuclear; productos farmacéuticos; procedimientos endoscópicos; cirugía; tratamientos terapéuticos.		
<b>Embarazo: Servicios de maternidad</b>		
	Según dónde se preste el servicio de salud cubierto, los beneficios serán los mismos que los estipulados en cada categoría de servicios de salud cubiertos de este Resumen de Beneficios.	
	Para los servicios prestados en el consultorio médico, se aplicará un copago solamente a la visita inicial al consultorio.	<i>Se requiere preautorización si la estadía como paciente hospitalizada excede las 48 horas después de un parto vaginal normal o las 96 horas después de un parto por cesárea.</i>
<b>Servicios para el cuidado preventivo</b>		
Los servicios de salud cubiertos incluyen, entre otros:		
Visita al consultorio del médico de cuidado primario	El 100 %. No se aplica el deducible.	El 60 % después de alcanzar el deducible.
Visita al consultorio del médico especialista	El 100 %. No se aplica el deducible.	El 60 % después de alcanzar el deducible.
Servicios de laboratorio, radiografías u otros exámenes preventivos	El 100 %. No se aplica el deducible.	El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Prótesis<sup>1</sup></b>		
	El 80 % después de alcanzar el deducible.	El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Procedimientos reconstructivos</b>		
	Según dónde se preste el servicio de salud cubierto, los beneficios serán los mismos que los estipulados en cada categoría de servicios de salud cubiertos de este Resumen de Beneficios.	
		<i>Se requiere preautorización para ciertos servicios.</i>

<b>BENEFICIOS</b>		
<b>Tipos de cobertura</b>	<b>Beneficios dentro de la red</b>	<b>Beneficios fuera de la red</b>
<b>Servicios para la rehabilitación: Terapia y tratamiento manipulativo para pacientes ambulatorios</b>		
Los beneficios se limitan de la siguiente manera: Manipulación de la columna vertebral, 25 visitas por año calendario Fisioterapia, ilimitada Terapia ocupacional, ilimitada Terapia del habla, ilimitada (incluye la cobertura de servicios no restaurativos solamente para condición médica, no retraso del habla). Rehabilitación pulmonar, ilimitada Rehabilitación cardíaca, ilimitada Terapia auditiva después de un implante coclear, ilimitada Los beneficios por servicios para la habilitación están sujetos a los límites estipulados en la sección de beneficios.	El 80 % después de alcanzar el deducible.	* El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Procedimientos endoscópicos: Terapéuticos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios</b>		
Los procedimientos endoscópicos de diagnóstico incluyen, entre otros: Colonoscopia; sigmoidoscopia; endoscopia Para obtener más información sobre los procedimientos endoscópicos preventivos, consulte la categoría de "Servicios para el cuidado preventivo".	El 80 % después de alcanzar el deducible.	El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Servicios en centros de enfermería especializada o centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados</b>		
Los beneficios se limitan de la siguiente manera: 60 días por año	El 80 % después de alcanzar el deducible.	* El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Servicios para trastornos por consumo de sustancias</b>		
Pacientes hospitalizados Pacientes ambulatorios	El 80 % después de alcanzar el deducible. El 100 % después de pagar un copago de \$25 por visita.	* El 60 % después de alcanzar el deducible. * El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Cirugía: Pacientes ambulatorios</b>		
	El 80 % después de alcanzar el deducible.	El 60 % después de alcanzar el deducible.
<b>Servicios para trasplantes</b>		
	* El 80 % después de alcanzar el deducible.	* El 60 % después de alcanzar el deducible.
	<i>Para los beneficios dentro de la red, los servicios se deben recibir en un centro designado.</i>	
<b>Servicios en centros de cuidado de urgencia</b>		
	El 100 % después de pagar un copago de \$50 por visita.	El 60 % después de alcanzar el deducible.
Solamente se aplica el copago por servicios en centros de cuidado de urgencia cuando estos servicios se prestan en un centro que ofrece servicios de cuidado de urgencia: Tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, medicina nuclear; productos farmacéuticos; procedimientos endoscópicos; cirugía; tratamientos terapéuticos.		

<b>BENEFICIOS</b>		
<b>Tipos de cobertura</b>	<b>Beneficios dentro de la red</b>	<b>Beneficios fuera de la red</b>
<b>Exámenes de la vista</b>	<b>Sin cobertura</b>	<b>Sin cobertura</b>

<sup>1</sup> Esta categoría de beneficios contiene servicios o dispositivos que pueden ser beneficios de salud esenciales o no esenciales, según se definen en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente de acuerdo con el servicio o dispositivo proporcionado. Una vez excedido el límite en dólares, se realizará una revisión de los beneficios. Si se determina que el servicio o dispositivo es para la habilitación o rehabilitación, es un beneficio de salud esencial y se pagará. Si se determina que el beneficio o dispositivo no es esencial, se habrá alcanzado el máximo y no se pagará el reclamo.

<b>EXCLUSIONES MÉDICAS</b>
Se recomienda que revise su Resumen de la Descripción del Plan para obtener una descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de cobertura.
<b>Tratamientos alternativos</b>
Acupresión, aromaterapia, hipnotismo, terapia de masaje, masaje tipo Rolwing (masaje tisular holístico), terapia por medio del arte, danzaterapia, musicoterapia, equinoterapia y otras formas de tratamiento alternativo, según la definición del Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (Complementary and Alternative Medicine, NCCAM) de los Institutos Nacionales de la Salud. Esta exclusión no se aplica al tratamiento manipulativo ni al cuidado osteopático no manipulativo para los cuales se proporcionan beneficios según lo descrito en el Resumen de la Descripción del Plan.
<b>Beneficios dentales</b>
Cuidado dental (que incluye radiografías, suministros y aparatos dentales y todos los gastos relacionados, entre ellos, los de hospitalizaciones y anestesia). Esta exclusión no se aplica al cuidado dental (examen bucal, radiografías, extracciones y eliminación quirúrgica de infecciones bucales) que se requiere para el tratamiento directo de una condición médica para el cual hay beneficios disponibles en el plan según lo descrito en el Resumen de la Descripción del Plan. Se excluye el cuidado dental que se requiere para tratar los efectos de una condición médica, pero que no es necesario para tratar directamente dicha condición médica. Algunos ejemplos son el tratamiento de caries dentales provocadas por la sequedad de boca después de un tratamiento de radiación o como resultado de los medicamentos. La endodoncia, la cirugía periodontal y el tratamiento de restauración están excluidos. Diagnóstico o tratamiento de o relacionado con los dientes, los maxilares o las encías. Los ejemplos incluyen: extracción (incluidas las muelas del juicio), restauración y reemplazo de dientes, tratamiento médico o quirúrgico de condiciones dentales y servicios para mejorar los resultados dentales clínicos. Esta exclusión no se aplica a los servicios dentales relacionados con accidentes para los cuales se proporcionan beneficios según lo descrito en "Servicios dentales: Solo para accidentes" en el Resumen de la Descripción del Plan. Implantes dentales, injertos óseos y otros procedimientos relacionados con implantes. Esta exclusión no se aplica a los servicios dentales relacionados con accidentes para los cuales se proporcionan beneficios según lo descrito en "Servicios dentales: Solo para accidentes" en el Resumen de la Descripción del Plan. Frenos dentales (ortodoncia). Anomalía congénita como labio leporino o paladar hendido.
<b>Dispositivos, aparatos y prótesis</b>
Dispositivos utilizados específicamente como elementos de seguridad o para influir en el desempeño en actividades relacionadas con los deportes. Aparatos ortopédicos que enderezan o corrigen la forma de una parte del cuerpo según lo descrito en "Equipo médico duradero" en el Resumen de la Descripción del Plan. Los ejemplos incluyen ortesis de pies, bandas craneales o abrazaderas ortopédicas disponibles sin receta. Los siguientes artículos están excluidos: tensiómetro o brazaletes para tomar la presión arterial, alarma de enuresis, desfibrilador externo portátil, cinturones quirúrgicos y nebulizadores ultrasónicos. Dispositivos y computadoras para asistir la comunicación y el habla, excepto los dispositivos de generación del habla y los dispositivos traqueoesofageales de voz para los cuales se proporcionan beneficios según lo descrito en "Equipo médico duradero". Aparatos bucales para los ronquidos. Reparación y reemplazo de prótesis cuando se dañan debido a mal uso, daño malicioso o descuido flagrante. Prótesis. Esta exclusión no se aplica a las prótesis de seno, sostenes para mastectomía ni medias para linfedema para los cuales se proporcionan beneficios según lo descrito en "Procedimientos reconstructivos" en el Resumen de la Descripción del Plan.
<b>Medicamentos</b>
Las exclusiones que se indican a continuación solo se aplican a la parte médica del plan. La cobertura de medicamentos con receta está excluida del plan médico por ser un beneficio aparte. Es posible que la cobertura esté disponible en la parte de medicamentos con receta del plan. Para conocer los detalles y las exclusiones de la cobertura, consulte el Resumen de la Descripción del Plan. Medicamentos con receta para el uso de pacientes ambulatorios surtidos a través de una receta o un resurtido. Medicamentos autoinyectables. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos que, debido a sus características (según lo determine United HealthCare Services, Inc.), generalmente deben ser administrados o supervisados directamente por un proveedor calificado o profesional de la salud certificado o con licencia en un centro para pacientes ambulatorios. Medicamentos no inyectables administrados en el consultorio médico. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos no inyectables que se requieren en una emergencia y que se consumen en el consultorio médico. Tratamientos y medicamentos de venta sin receta. Terapia con hormona de crecimiento.
<b>Servicios experimentales, de investigación o no comprobados</b>
Servicios experimentales, de investigación o no comprobados, a menos que el plan haya aceptado cubrirlos según se define en el Resumen de la Descripción del Plan. Esta exclusión se aplica aunque los servicios, tratamientos, dispositivos o regímenes farmacológicos experimentales, de investigación o no comprobados sean la única opción de tratamiento disponible para su condición. Esta exclusión no se aplica a los servicios de salud cubiertos prestados durante un ensayo clínico para los cuales se proporcionan beneficios según lo descrito en "Ensayos clínicos" en el Resumen de la Descripción del Plan.
<b>Cuidado de los pies</b>
Cuidado de rutina de los pies. Algunos ejemplos son el corte o la extracción de callosidades. Esta exclusión no se aplica al cuidado preventivo de los pies para personas cubiertas con diabetes para el cual se proporcionan beneficios según lo descrito en "Servicios para la diabetes" en el Resumen de la Descripción del Plan o cuando es necesario debido a una enfermedad sistémica grave. Corte o extracción de callos y callosidades. Recorte, corte o limpieza de uñas. Cuidado de mantenimiento preventivo e higiénico de los pies; y otros servicios que se prestan cuando no hay una enfermedad, lesión o un síntoma localizado que afecte a los pies. Los ejemplos incluyen: limpieza y remojo de los pies y la aplicación de cremas a fin de mantener el tono de la piel. Esta exclusión no se aplica al cuidado preventivo de los pies para personas cubiertas que están en riesgo de enfermedades neurológicas o vasculares provocadas por enfermedades como la diabetes. Tratamiento del pie plano. Zapatos (estándar o hechos a medida), alzas y cuñas, ortesis para zapatos, accesorios para zapatos y soportes para el arco.

## EXCLUSIONES MÉDICAS

### Suministros y equipos médicos

Suministros médicos y suministros desechables recetados o no recetados. Los ejemplos incluyen: Medias de compresión, vendas ACE, tiras para medir la glucemia y jeringas para diabéticos, catéteres urinarios. Esta exclusión no se aplica a:

- Suministros desechables necesarios para el uso eficaz de equipo médico duradero para los cuales se proporcionan beneficios según lo descrito en “Equipo médico duradero” en el Resumen de la Descripción del Plan.
- Suministros para la diabetes para los cuales se proporcionan beneficios según lo descrito en “Servicios para la diabetes” en el Resumen de la Descripción del Plan.
- Bolsas de ostomía y suministros relacionados para los cuales se proporcionan beneficios según lo descrito en “Suministros para ostomía” en el Resumen de la Descripción del Plan.

Tubos, cánulas nasales, conectores y mascarillas, excepto cuando se usen con equipo médico duradero según lo descrito en “Equipo médico duradero” en el Resumen de la Descripción del Plan. Reparación y reemplazo de equipo médico duradero cuando se dañe debido al mal uso, daño malicioso o descuido flagrante, y desodorantes, filtros, lubricantes, cinta, partes transparentes de los aparatos, adhesivos o quita adhesivos u otros artículos que no están identificados específicamente en el Resumen de la Descripción del Plan.

### Salud mental o trastornos por consumo de sustancias

Servicios prestados en relación con condiciones no clasificadas en la edición actual del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana*. Servicios o suministros para el diagnóstico o tratamiento de enfermedad mental, alcoholismo o trastornos por consumo de sustancias que, a criterio razonable del administrador de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, son algo de lo siguiente: No coherentes con los estándares generalmente aceptados del ejercicio de la medicina para el tratamiento de tales condiciones; no coherentes con los servicios respaldados por investigaciones fiables que demuestren fehacientemente que los servicios o suministros tendrán un resultado beneficioso y mensurable en la salud y, por lo tanto, se consideran experimentales; no coherentes con las pautas del nivel de cuidado del administrador de salud mental y trastornos por consumo de sustancias ni con las mejores prácticas según su modificación oportuna; o no clínicamente apropiados para la enfermedad mental, la condición o el trastorno por consumo de sustancias del paciente de acuerdo con los estándares generalmente aceptados del ejercicio de la medicina y los parámetros de referencia. Servicios para la salud mental como tratamientos para condiciones del código V, según se detallan en la edición actual del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana*. Servicios para la salud mental como tratamiento para el diagnóstico primario del insomnio y otros trastornos del sueño, trastornos de disfunción sexual, trastornos alimenticios, trastornos neurológicos y otros trastornos de origen físico conocido. Tratamiento para los diagnósticos primarios de discapacidades del aprendizaje, trastornos de la conducta y del control de impulsos, trastornos de personalidad, parafilias (comportamiento sexual que se considera desviado o anormal). Servicios educativos o del comportamiento que se centren principalmente en desarrollar habilidades y destrezas de comunicación, interacción social y aprendizaje; matrícula para o servicios en instituciones educativas para niños y adolescentes conforme a la Ley de Educación para Personas con Discapacidades. Trastornos del aprendizaje, de las destrezas motoras y trastornos primarios de la comunicación según su definición en la edición actual del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana*. Retraso mental como diagnóstico primario según su definición en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. Tratamiento de mantenimiento con metadona, L.A.A.M. (1-alfa-acetil-metadol), ciclazocina o sus equivalentes para la drogadicción. Terapias del comportamiento intensivas como el análisis conductual aplicado para los trastornos del espectro autista. Cualquier tratamiento u otro servicio especializado diseñado para el trastorno del espectro autista que no esté respaldado por investigación creíble que demuestre que los servicios o suministros tienen un resultado beneficioso y mensurable en la salud, y por lo tanto se consideran servicios experimentales, de investigación o no comprobados.

### Nutrición

Terapia nutricional o estética que utiliza dosis altas o cantidades enormes de vitaminas, minerales o elementos y otras terapias a base de la nutrición. Asesoramiento nutricional individual o de grupo, excepto según lo definido en “Servicios para la diabetes” en el Resumen de la Descripción del Plan. Alimentos de cualquier tipo. Los alimentos que no están cubiertos incluyen: alimentos entéricos y otras fórmulas nutricionales y de electrolitos, incluidas las fórmulas para lactantes y la leche materna de donantes, a menos que sean la única fuente de nutrición o que estén específicamente creados para tratar errores congénitos del metabolismo como la fenilcetonuria: las fórmulas para lactantes disponibles sin receta siempre están excluidas; los alimentos para controlar el peso, tratar la obesidad (incluidas las dietas líquidas), bajar el colesterol o controlar la diabetes; las vitaminas y los minerales orales; las comidas que usted puede pedir de un menú, por un cargo adicional, durante una estadía como paciente hospitalizado, y otros suplementos alimenticios y de electrolitos; y clases de información educativa sobre la salud, a menos que sean ofrecidas por United HealthCare Services, Inc. o sus afiliadas, que incluyen, entre otras, las clases para el asma, para dejar de fumar y para controlar el peso.

### Cuidado personal, conveniencia y comodidad

Televisión, teléfono, servicio de peluquería o barbería, servicio para visitas. Suministros, equipo y servicios y suministros secundarios similares para la comodidad personal. Los ejemplos incluyen: acondicionadores de aire, purificadores de aire y filtros, deshumidificadores y humidificadores; baterías y cargadores de baterías; sacaleches; asientos de seguridad para automóvil, sillas, sillas de baño, sillas de alimentación, sillas para niños pequeños, elevadores de sillas, asientos reclinables; escúteres eléctricos; equipos para ejercicio y cintas rodantes; modificaciones en el domicilio para adaptarse a una necesidad de salud, como rampas, piscinas, ascensores, pasamanos y elevadores para escaleras; bañeras de hidromasaje, jacuzzis, saunas y piscinas de hidromasaje; sillas ergonómicas para corregir la postura, camas que no sean de hospital, camas cómodas, colchones; sistemas de alerta médica; camas motorizadas; dispositivos para escuchar música; computadoras personales; almohadas; vehículos motorizados; radios; saunas; cochecitos para niños; equipo de seguridad; modificaciones para vehículos, como elevadores para camionetas; y reproductores de video.

### Apariencia física

Procedimientos estéticos. Consulte la definición en el Resumen de la Descripción del Plan. Los ejemplos incluyen: Regímenes farmacológicos, tratamientos o procedimientos nutricionales; eliminación de cicatrices o tatuajes, o procedimientos de revisión (tales como salabrasión, quimiocirugía y otros procedimientos de abrasión de la piel); procedimientos de abrasión de la piel realizados como tratamiento del acné; tratamiento de várices de las extremidades inferiores, cuando se considere estético; liposucción o extracción de depósitos de grasa considerados indeseables, incluida la acumulación de grasa bajo el pecho y las tetillas de los hombres; tratamiento de las arrugas o cualquier tratamiento para mejorar la apariencia de la piel; tratamiento de arañas vasculares; depilación o reemplazo del cabello por cualquier medio. Reemplazo de un implante de seno existente intacto si el implante de seno anterior se realizó como un procedimiento estético. Tratamiento de la ginecomastia benigna (aumento anormal de los senos en los hombres). Programas de acondicionamiento físico, tales como entrenamiento atlético, fisicoculturismo, ejercicio, acondicionamiento físico, flexibilidad, programas de gimnasios y suscripciones de spa y diversión o motivación general. Programas para bajar de peso, ya sea que estén o no bajo supervisión médica. Los programas para bajar de peso por motivos médicos también están excluidos, incluso para la obesidad mórbida. Pelucas, independientemente del motivo de la caída del cabello, excepto la caída de cabello temporal que es el resultado del tratamiento de tumores malignos.

## EXCLUSIONES MÉDICAS

### Procedimientos y tratamientos

Procedimiento o cirugía para eliminar el tejido graso, como paniclectomía, abdominoplastia, musloplastia, braquioplastia o mastopexia. Extirpación o eliminación de la piel suelta en cualquier parte del cuerpo. Los ejemplos incluyen los procedimientos de cirugía plástica llamados abdominoplastia o paniclectomía abdominal y braquioplastia. Tratamiento médico y quirúrgico para la sudoración excesiva (hiperhidrosis). Tratamiento médico y quirúrgico para los ronquidos, excepto cuando sea proporcionado como parte del tratamiento de un caso documentado de apnea obstructiva del sueño. Servicios para la rehabilitación y tratamiento manipulativo para mejorar la condición física general que se brindan para reducir posibles factores de riesgo, cuando no se espera una mejoría terapéutica significativa, por ejemplo, el tratamiento preventivo de rutina, de mantenimiento o a largo plazo. Terapia del habla, excepto cuando sea necesaria para el tratamiento de una limitación o disfunción del habla, resultante de una lesión, un derrame cerebral, cáncer, una anomalía congénita o los trastornos del espectro autista. Terapia del habla para tratar el tartamudeo, balbuceo u otros trastornos de articulación. Psicocirugía. Modalidades y procedimientos fisiológicos que den como resultado efectos terapéuticos similares o redundantes cuando se realicen en la misma región corporal durante el mismo encuentro o visita en el consultorio. Biorretroalimentación. Tratamiento manipulativo para tratar una condición que no está relacionada con la manipulación de la columna vertebral ni el tratamiento fisiológico auxiliar realizado para restablecer o mejorar el movimiento, reducir el dolor y mejorar la función, como el asma o las alergias. Tratamiento manipulativo (la aplicación terapéutica de tratamiento manipulativo quiropráctico y osteopático con o sin tratamiento fisiológico auxiliar o métodos de rehabilitación brindados para restaurar o mejorar el movimiento, reducir el dolor y mejorar la función). Servicios para la evaluación y el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular, cuando los servicios sean considerados de naturaleza dental. Los siguientes servicios para el diagnóstico y tratamiento de la articulación temporomandibular: electromiografía de superficie, análisis Doppler, análisis de vibración, tomografía computarizada de la mandíbula o electrognatografía, terapia craneosacral, ortodoncia, ajuste oclusal, restauraciones dentales. Cirugía del maxilar superior e inferior, cirugía ortognática y alineación de la mandíbula. Esta exclusión no se aplica a la cirugía maxilar reconstructiva requerida para personas cubiertas debido a una anomalía congénita, lesión traumática aguda, dislocación, tumores, cáncer o apnea obstructiva del sueño. Cirugía ortognática (procedimiento para corregir la submordida o sobremordida) y alineación de la mandíbula. Reducción de senos excepto según lo exigido por la Ley Sobre la Salud de la Mujer y los Derechos de los Pacientes con Cáncer de 1998 para la cual se describen beneficios en "Procedimientos reconstructivos" en el Resumen de la Descripción del Plan. Tratamiento no quirúrgico de la obesidad incluso si es para la obesidad mórbida. Tratamiento quirúrgico de la obesidad, a menos que exista un diagnóstico de obesidad mórbida según se describe en "Cirugía para la obesidad" en el Resumen de la Descripción del Plan. Programas multidisciplinarios e independientes para dejar de fumar. Estos programas generalmente incluyen proveedores de cuidado de la salud que se especializan en dejar de fumar y posiblemente incluyan un psicólogo, trabajador social u otro profesional certificado o con licencia. Los programas suelen incluir apoyo psicológico intensivo, técnicas de modificación del comportamiento y medicamentos para controlar las ansias de fumar. Terapia de quelación, excepto para tratar el envenenamiento con metales pesados.

### Proveedores

Servicios prestados por un proveedor que es familiar por nacimiento o matrimonio. Algunos ejemplos son un cónyuge, hermano(a), padre, madre o hijo. Esto incluye cualquier servicio que el proveedor pueda prestarse a sí mismo. Servicios prestados por un proveedor que tenga su misma residencia legal. Servicios indicados o prestados por un profesional médico de la Ciencia Cristiana. Servicios prestados por un proveedor sin licencia o un proveedor que ejerce fuera del alcance de su licencia. Servicios prestados en un centro de diagnóstico autónomo u hospitalario sin una indicación escrita por un médico u otro proveedor. Servicios que se obtienen por cuenta propia en un centro de diagnóstico autónomo u hospitalario. Servicios indicados por un médico u otro proveedor que es un empleado o representante de un centro de diagnóstico autónomo u hospitalario, cuando ese médico o proveedor no haya participado activamente en su cuidado médico antes de indicar el servicio o no esté activamente involucrado en su cuidado médico después de que se reciba el servicio. Esta exclusión no se aplica a la mamografía.

### Reproducción

Servicios de salud y gastos relacionados para los tratamientos de la infertilidad, incluida la tecnología de reproducción asistida, independientemente del motivo del tratamiento. Esta exclusión no se aplica a los servicios requeridos para tratar o corregir las causas subyacentes de la infertilidad. Los siguientes servicios relacionados con el tratamiento de la infertilidad: criopreservación y otras formas de preservación de materiales reproductivos, almacenamiento a largo plazo de materiales reproductivos tales como esperma, óvulos, embriones, tejido ovárico y testicular, servicios de donantes. Paternidad subrogada, semen u óvulos de donantes y vientre de alquiler. Almacenamiento y recuperación de todos los materiales reproductivos. Los ejemplos incluyen óvulos, esperma, tejido testicular y ovárico. Reversión de una esterilización voluntaria. Servicios de salud y gastos relacionados para la interrupción voluntaria del embarazo, ya sea quirúrgica, no quirúrgica o inducida por medicamentos. Esta exclusión no se aplica al tratamiento del embarazo molar, el embarazo ectópico o el aborto retenido (comúnmente conocido como aborto espontáneo). Servicios prestados por una doula (asistente de parto), y clases de crianza de los hijos, prenatales o de preparación para el parto. Tratamientos de reproducción artificial realizados por genética o eugenesia.

### Servicios proporcionados por otro plan

Servicios de salud para los cuales la cobertura se encuentra disponible en otro plan, excepto para los gastos aprobados pagaderos tal como se describe en el Resumen de la Descripción del Plan. Los ejemplos incluyen la cobertura exigida por el seguro de accidentes laborales, el seguro automotor que cubre los daños independientemente de la responsabilidad o legislación similar. Si la cobertura conforme al seguro de accidentes laborales, el seguro automotor que cubre los daños independientemente de la responsabilidad o legislación similar es opcional debido a que usted podría elegirla o podría haber sido elegida por usted. Servicios de salud para el tratamiento de discapacidades relacionadas con el servicio militar, cuando usted tiene derecho legal a otra cobertura y los centros de salud se encuentran razonablemente a su disposición. Servicios de salud mientras se encuentre en servicio militar activo.

### Trasplantes

Servicios de salud para trasplantes de órganos y tejido, excepto aquellos identificados en "Servicios para trasplantes" en el Resumen de la Descripción del Plan, a menos que United HealthCare Services, Inc. determine que el trasplante es apropiado de acuerdo con las pautas de trasplante de United HealthCare Services, Inc. Trasplante de órganos mecánicos o de animales, excepto los servicios relacionados con el implante o la extracción de un dispositivo de asistencia circulatoria (un dispositivo que apoya al corazón mientras el paciente espera que un donante de corazón compatible se encuentre disponible), y los costos del donante por el trasplante de órganos o tejidos para otra persona (es posible que estos costos sean pagaderos a través del plan de beneficios del receptor).

### Viajes

Servicios de salud prestados en un país extranjero, a menos que sean necesarios como servicios de salud de emergencia. Gastos de viaje o transporte, incluso si fueron indicados por un médico, excepto según lo descrito en "Viaje y alojamiento" en el Resumen de la Descripción del Plan. Los gastos de viaje adicionales relacionados con servicios de salud cubiertos recibidos de un centro designado o un médico designado podrían reembolsarse según el criterio del plan. Esta exclusión no se aplica al transporte en ambulancia para el cual se proporcionan beneficios según lo descrito en el Resumen de la Descripción del Plan.

## EXCLUSIONES MÉDICAS

### Tipos de cuidado

Programas multidisciplinarios de control del dolor recibidos como paciente hospitalizado para el dolor agudo o la exacerbación del dolor crónico. Cuidado de custodia; cuidado domiciliario. Servicios para enfermería privada. Relevo del cuidador. Esta exclusión no se aplica al relevo del cuidador que sea parte de un programa integrado de servicios para cuidados paliativos prestados a un enfermo terminal por una agencia de cuidados paliativos con licencia para el cual se describen beneficios en "Cuidados paliativos" en el Resumen de la Descripción del Plan. Curas de reposo, servicios de asistentes de cuidado personal. Reacondicionamiento físico para el trabajo (programas de tratamiento personalizado diseñados para devolver a una persona a su trabajo o prepararla para un trabajo específico).

### Vista y audición

Costo de compra de anteojos y lentes de contacto, y los cargos por ajustes relacionados. Lentes implantables usados solo para corregir un error de refracción (como implantes corneales Intacs). Costo de compra y cargos relacionados con ajustes y pruebas de aparatos auditivos, aparatos auditivos con anclaje de hueso y todos los demás dispositivos de asistencia de la audición. Aparatos auditivos con anclaje de hueso excepto en cualquiera de los siguientes casos: para personas cubiertas con anomalías craneofaciales en las que la ausencia o el defecto de los conductos auditivos impida el uso de aparatos auditivos portátiles o para personas cubiertas cuya pérdida de la audición sea de la suficiente gravedad como para que no pueda corregirse adecuadamente con un aparato auditivo portátil. Terapia de ejercicios oculares o de la vista. Cirugía y otros tratamientos relacionados que tienen la finalidad de corregir la miopía, la hipermetropía, la presbicia y el astigmatismo, que incluyen, entre otros, los procedimientos como la cirugía con láser, otras cirugías oculares refractivas y la queratotomía radial.

### Todas las demás exclusiones

Servicios y suministros de salud que no cumplen la definición de un servicio de salud cubierto; consulte la definición de servicios de salud cubiertos en la sección "Glosario" del Resumen de la Descripción del Plan. Exámenes médicos, psiquiátricos o psicológicos, pruebas, vacunas, inmunizaciones o tratamientos cuando: sean requeridos únicamente con propósitos de educación, escuela, deportes o campamentos, viajes, carrera o empleo, seguro, matrimonio o adopción; o como resultado de un encarcelamiento; estén relacionados con órdenes o procedimientos judiciales o administrativos; sean realizados con propósitos de investigación médica; sean requeridos para obtener o mantener una licencia de cualquier tipo. Esta exclusión no se aplica a los servicios de salud cubiertos prestados durante un ensayo clínico para los cuales se proporcionan beneficios según lo descrito en el Resumen de la Descripción del Plan. Servicios de salud recibidos como resultado de una guerra o de cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, o causados durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país. Esta exclusión no se aplica a las personas cubiertas que sean civiles lesionados o que se vean afectados de alguna forma por una guerra, cualquier acto de guerra o terrorismo en zonas que no son de guerra. Servicios de salud que se reciben después de la fecha en que termine la cobertura del plan. Esto se aplica a todos los servicios de salud, incluso si el servicio de salud se requiere para tratar una condición médica que surgió antes de la fecha en que terminara su cobertura conforme al plan. Servicios de salud por los que usted no tiene responsabilidad legal de pago o por los que normalmente no se cobraría en ausencia de la cobertura del plan. Cargos que excedan los gastos aprobados o cualquier limitación especificada en el Resumen de la Descripción del Plan. Servicios de idiomas extranjeros o lenguaje de señas. Servicios de salud relacionados con un servicio de salud no cubierto: Cuando un servicio no sea un servicio de salud cubierto, todos los servicios relacionados con ese servicio de salud no cubierto también están excluidos. Esta exclusión no se aplica a los servicios que el plan determine que son servicios de salud cubiertos si son para tratar complicaciones que surjan del servicio de salud no cubierto. A efectos de esta exclusión, una "complicación" es una condición inesperada o imprevista que se superponga a una enfermedad existente y que afecte o modifique el pronóstico de la enfermedad o condición original. Ejemplos de una "complicación" son sangrado o infecciones, después de un procedimiento estético, que requieran hospitalización. Servicios de salud cuando un proveedor no cobra el copago, deducible anual o coseguro. Autopsias y otros servicios del médico forense y los servicios de transporte de cadáveres. Cargos por citas perdidas, reservaciones de habitación o centro de salud, llenado de formularios de reclamo o procesamiento de registros. Cargos prohibidos por leyes federales antisobornos o sobre autorreferencias. Exámenes de diagnóstico que son realizados en otro lugar que no sea el consultorio médico o un centro de cuidado de la salud, y pruebas de diagnóstico caseras autoadministradas, que incluyen, entre otras, pruebas de VIH y de embarazo. Terapia para la vista cuando se proporciona en relación con trastornos de salud del comportamiento, que incluyen, entre otros: discapacidades de aprendizaje y de lectura, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, traumatismo de cráneo o dislexia.