

## Resumen de Beneficios

ASO - Choice Plus

Plan Médico Premier para la Ciudad de Hialeah 2019  
Empleados, oficiales de policía y jubilados menores de 65 años  
Traditional with Deductible - 25/750/90% Plan 7EK

UnitedHealthCare y la Ciudad de Hialeah quieren 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:

- Verifique la información personalizada: Encuentre información individualizada sobre su cobertura de beneficios, compruebe el estado de los reclamos y busque médicos y hospitales mediante **www.myuhc.com**®.
- Investigue información de salud: Para encontrar recursos, inicie sesión en [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com).
- Obtenga ayuda: Comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de ID cuando necesite asistencia para encontrar médicos y otros profesionales de cuidado de la salud en su red, o cuando tenga preguntas sobre la cobertura o los beneficios.

### PUNTOS SOBRESALIENTES DEL PLAN

Tipos de cobertura	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Deducible anual</b>		
Deducible individual	\$750 por año	\$1,250 por año
Deducible familiar	\$1,500 por año	\$3,750 por año
> Los copagos del miembro no se acumulan para alcanzar el deducible.		
<b>Máximo de gastos de su bolsillo combinado para gastos médicos y de farmacia</b>		
Máximo de gastos de su bolsillo por persona	\$4,000 por persona por año	\$8,000 por persona por año
	\$12,000 por familia por año	\$24,000 por familia por año
> El máximo de gastos de su bolsillo incluye el deducible anual y los coseguros.		
> Los copagos del miembro se acumulan para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.		
> El costo compartido de farmacia se acumula para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.		
<b>Coseguro del plan de beneficios: La cantidad que paga el plan</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.

Este 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.

SFXGL7EK07PA

N.º de artículo      Fecha de mod.      Acumulador de beneficios  
XXX-XXXXSP      0708      Año calendario

### Beneficio máximo una vez en la vida

La cantidad máxima que pagará el plan durante todo el tiempo en que esté inscrito en el plan.

Sin límite

### Información sobre límites de beneficios

- > El deducible anual, el máximo de gastos de su bolsillo y los límites de beneficios se calculan sobre la base de un año calendario.
- > 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.
- > 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.

### BENEFICIOS

<b>Tipos de cobertura</b>	<b>Beneficios dentro de la red</b>	<b>Beneficios fuera de la red</b>
<b>Servicios de ambulancia: De emergencia y que no son de emergencia</b>		
Ambulancia terrestre	Copago de \$75 por transporte.	Copago de \$75 por transporte.
Ambulancia aérea	Copago de \$75 por transporte. <i>Se requiere preautorización para ambulancia que no es de emergencia.</i>	Copago de \$75 por transporte. <i>Se requiere preautorización para ambulancia que no es de emergencia.</i>
<b>Servicios de Recursos para el Cáncer (Cancer Resource Services, CRS)</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible. El plan paga beneficios para servicios de oncología prestados por un centro designado en el programa de Servicios de Recursos para el Cáncer. Llame a Servicios de Recursos para el Cáncer al número gratuito (866) 936-6002 o visite <a href="http://www.urncrs.com">www.urncrs.com</a>	Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles.

**BENEFICIOS**

Tipos de cobertura	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Ensayos clínicos</b>		
<p>La participación en un ensayo clínico que califica para el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cáncer</li> <li>Condiciones cardiovasculares (cardiológicas o derrames cerebrales)</li> <li>Tratamiento quirúrgico de trastornos reumáticos de la columna vertebral, la cadera y las rodillas</li> </ul>	<p>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.</p>	
<p style="text-align: center;"><i>Se requiere preautorización.</i></p>		
<b>Cirugías por enfermedades congénitas del corazón</b>		
	<p>El 90 % después de alcanzar el deducible.</p>	<p>El 70 % después de alcanzar el deducible. <i>Se requiere preautorización.</i></p>
<b>Servicios dentales: Solo para accidentes</b>		
<p>Los beneficios se limitan de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía bucal/muelas de juicio:</li> <li>Extracción de diente impactado</li> <li>Máximo pagadero por diente \$50.00</li> </ul>	<p>El 90 % después de alcanzar el deducible. <i>Se requiere preautorización.</i></p> <p>El 90 % después de alcanzar el deducible.</p>	<p>El 90 % después de alcanzar el deducible. <i>Se requiere preautorización.</i></p> <p>El 70 % después de alcanzar el deducible.</p>
<b>Servicios para la diabetes</b>		
<p>Capacitación y automanejo de la diabetes</p> <p>Exámenes de la vista y cuidado de los pies para diabéticos</p>	<p>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.</p>	
<p>Artículos para el automanejo de la diabetes</p>	<p>Según el lugar en el que se preste el servicio de salud cubierto, los beneficios serán los mismos que los estipulados en "Equipo Médico Duradero" y en la sección de "Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios" del Resumen de la Descripción del Plan.</p>	
<p style="text-align: right;"><i>Se requiere preautorización para el equipo médico duradero y equipo para la diabetes que excedan los \$1,000.</i></p>		
<b>Equipo médico duradero</b>		
	<p>El 90 % después de alcanzar el deducible.</p>	<p>El 70 % después de alcanzar el deducible. <i>Se requiere preautorización para el equipo médico duradero que exceda los \$1,000.</i></p>
<b>Servicios de salud de emergencia: Pacientes ambulatorios</b>		
	<p>El 100 % después de pagar un copago de \$250 por visita.</p>	<p>El 100 % después de pagar un copago de \$250 por visita. <i>Se requiere preautorización si la visita resulta en una estadía como paciente hospitalizado.</i></p>

## BENEFICIOS

<b>Tipos de cobertura</b>	<b>Beneficios dentro de la red</b>	<b>Beneficios fuera de la red</b>
<b>Cuidado de la salud a domicilio</b>		
Los beneficios se limitan de la siguiente manera: Se limita a 60 visitas por año	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible. <i>Se requiere preautorización.</i>
<b>Cuidados paliativos</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible. <i>Se requiere preautorización para estadías como paciente hospitalizado.</i>
<b>Hospital: Estadía como paciente hospitalizado</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible. <i>Se requiere preautorización.</i>
<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 90 % después de alcanzar el deducible.  <i>Se requiere preautorización.</i>	El 70 % después de alcanzar el deducible.  <i>Se requiere preautorización.</i>
<b>Servicios de Recursos Renales (Kidney Resource Services, KRS)</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible. El plan paga beneficios para enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD) y enfermedad renal crónica en un centro designado en el programa de Servicios de Recursos Renales. Llame a Servicios de Recursos Renales al número gratuito (888) 936-7246 y seleccione la opción Servicios de Recursos Renales.	Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles.
<b>Servicios de laboratorio, radiografías y de diagnóstico: Pacientes ambulatorios</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.
<i>(Para obtener más información sobre los servicios de laboratorio, radiografías y servicios de diagnóstico preventivos, consulte la categoría "Servicios para el cuidado preventivo").</i>		
<b>Servicios de laboratorio, radiografías y de diagnóstico mayores: Tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética y medicina nuclear: Pacientes ambulatorios</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.

**BENEFICIOS**

<b>Tipos de cobertura</b>	<b>Beneficios dentro de la red</b>	<b>Beneficios fuera de la red</b>
<b>Servicios para salud mental y para el abuso de sustancias: Pacientes hospitalizados o intermedios</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible. <i>Se requiere preautorización.</i>	El 70 % después de alcanzar el deducible. <i>Se requiere preautorización.</i>
<b>Servicios para salud mental y para el abuso de sustancias: Pacientes ambulatorios</b>		
	El 100 % después de pagar un copago de \$25 por visita.	El 70 % después de alcanzar el deducible.
<b>Suministros para ostomía</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.
<b>Productos farmacéuticos: Pacientes ambulatorios</b>		
Esto incluye los medicamentos administrados en un centro ambulatorio, en el consultorio médico y por una agencia de cuidado de la salud a domicilio.	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.
<b>Honorarios del médico por servicios quirúrgicos y médicos</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % 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 70 % después de alcanzar el deducible.
Visita al consultorio del médico especialista	El 100 % después de pagar un copago de \$50 por visita.	El 70 % después de alcanzar el deducible.
<p>&gt; <b>Copago por visita al consultorio solamente</b> se aplica cuando estos servicios se prestan durante una visita al consultorio: Tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética, medicina nuclear; productos farmacéuticos; procedimientos endoscópicos; cirugía; tratamientos terapéuticos.</p>		

## BENEFICIOS

Tipos de cobertura	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<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>		
Servicios de beneficios preventivos según lo exigido por la ley de reforma del cuidado de la salud.		
Visita al consultorio del médico de cuidado primario	100 %	El 70 % después de alcanzar el deducible.
Visita al consultorio del médico especialista	100 %	El 70 % después de alcanzar el deducible.
Servicios de laboratorio, radiografías u otros exámenes preventivos	100 %	El 70 % después de alcanzar el deducible.
<b>Servicios para enfermería privada: Pacientes ambulatorios</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.
<b>Prótesis</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.
<b>Servicios para la rehabilitación: Terapia y tratamiento quiropráctico para pacientes ambulatorios</b>		
Los beneficios se limitan de la siguiente manera:	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.
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		<i>Se requiere preautorización para ciertos servicios.</i>
Los beneficios por servicios para la habilitación están sujetos a los límites estipulados en la sección de beneficios.		

**BENEFICIOS**

Tipos de cobertura	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Procedimientos endoscópicos: Terapéuticos y de diagnóstico para pacientes ambulatorios</b>		
Los procedimientos endoscópicos de diagnóstico incluyen, entre otros: Colonoscopia Sigmoidoscopia Endoscopia	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % 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 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.  <i>Se requiere preautorización.</i>
<b>Cirugía: Pacientes ambulatorios</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.
<b>Servicios para el tratamiento de la articulación temporomandibular</b>		
Deben ser médicamente necesarios.	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.</i>
<b>Tratamientos terapéuticos: Pacientes ambulatorios</b>		
Los tratamientos terapéuticos incluyen, entre otros: Diálisis Quimioterapia intravenosa u otra terapia de infusión intravenosa Oncología de radiación	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.  <i>Se requiere preautorización para ciertos servicios.</i>
<b>Servicios para trasplantes</b>		
	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.
	Para los beneficios dentro de la red, los servicios se deben recibir en un centro designado.	
	<i>Se requiere preautorización.</i>	<i>Se requiere preautorización.</i>
<b>Viaje y alojamiento</b>		
	Sin cobertura.	

## BENEFICIOS

Tipos de cobertura	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Servicios en centros de cuidado de urgencia</b>		
> 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, medicina nuclear; productos farmacéuticos; procedimientos endoscópicos; cirugía; tratamientos terapéuticos.	El 100 % después de pagar un copago de \$50 por visita.	El 70 % después de alcanzar el deducible.
<b>Masoterapia</b>		
Máximo del año calendario de \$2,600	El 100 % después de pagar un copago de \$25 por visita. <i>Se requiere preautorización.</i>	El 70 % después de alcanzar el deducible. <i>Se requiere preautorización.</i>
<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.</i>
<b>Suministros y aparatos médicos</b>		
Incluye cobertura de: Suministros para catéteres Medias / (Jobst/compresión) 2 pares por año Plantillas ortóticas (según la necesidad médica) Bandas craneales (según la necesidad médica) Implantes cocleares (según la necesidad médica)	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.
<b>Fórmula/suplementos nutricionales</b>		
Cobertura solamente disponible si es la única fuente de nutrición.	El 90 % después de alcanzar el deducible.	El 70 % después de alcanzar el deducible.

Este 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.



## EXCLUSIONES MÉDICAS

---

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.

### Tratamientos alternativos

Acupresión, acupuntura, aromaterapia, hipnotismo, masaje tipo Rolfing (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 quiropráctico ni al cuidado osteopático para los cuales se proporcionan beneficios según lo descrito en el Resumen de la Descripción del Plan.

### Beneficios dentales

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 no 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: 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). Tratamiento de la ausencia congénita de dientes (cuando las células responsables de la formación de los dientes están ausentes desde el nacimiento), dientes mal posicionados o supernumerarios, aun cuando sean parte de una anomalía congénita, como labio leporino o paladar hendido.

### Dispositivos, aparatos y prótesis

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. Por ejemplo, algunos tipos de abrazaderas ortopédicas, incluidas aquellas de venta sin receta. Los siguientes artículos están excluidos, aunque los recete un médico: tensiómetro o brazaletes para tomar la presión arterial, alarma de enuresis, equipo para exámenes de coagulación de uso domiciliario, desfibrilador externo portátil, cinturones quirúrgicos, nebulizadores ultrasónicos y dispositivos de asistencia ventricular. Dispositivos y computadoras para asistir la comunicación y el habla, excepto las prótesis traqueoesofageales de voz y para facilitar el habla. Aparatos bucales para los ronquidos. Esta exclusión no se aplica a las prótesis de seno, sostenes para mastectomía para los cuales se proporcionan beneficios según lo descrito en “Procedimientos reconstructivos” en el Resumen de la Descripción del Plan.

### Medicamentos

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 UnitedHealthcare), 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.

### Servicios experimentales, de investigación o no comprobados

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.

## EXCLUSIONES MÉDICAS, CONTINUACIÓN

### Cuidado de los pies

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.

### Suministros y equipos médicos

Suministros médicos y suministros desechables recetados o no recetados. Los ejemplos incluyen: vendas ACE, tiras para medir la glucemia y jeringas para diabéticos, bolsas de ostomía y suministros relacionados. 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 el reemplazo de equipo médico duradero perdido o robado, 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 Abuso de Sustancias

Servicios para el cuidado de pacientes hospitalizados, cuidado intermedio o de pacientes ambulatorios que no sean autorizados previamente por el administrador de salud mental y abuso 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. Los servicios para la salud mental y el abuso de sustancias que se extiendan más allá del período necesario para la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento o la intervención de una crisis a corto plazo. Servicios para la salud mental como tratamiento del insomnio y otros trastornos del sueño, trastornos neurológicos y otros trastornos de origen físico conocido. Tratamiento de trastornos del comportamiento y del control de impulsos, trastornos de personalidad, parafilias (conducta sexual que se considera desviada o anormal) y otras enfermedades mentales que no mejorarán de manera importante más allá del nivel actual de desempeño o que no están sujetos a una modificación o un control favorable de acuerdo con los estándares nacionales vigentes de la práctica clínica, según lo razonablemente determinado por el administrador de salud mental y abuso de sustancias. Servicios que utilicen metadona, L.A.A.M. (1-alfa-acetil-metadol), ciclazocina o sus equivalentes como tratamiento de mantenimiento para la drogadicción. Tratamiento proporcionado en relación con hospitalizaciones psiquiátricas involuntarias, detenciones policiales y otras disposiciones similares, a menos que sea autorizado por el administrador de salud mental y abuso de sustancias. Uso de pruebas psicológicas de rutina sin autorización específica, asesoramiento religioso. Servicios o suministros para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales, alcoholismo o trastornos por abuso de sustancias que, a criterio razonable del administrador de salud mental y abuso de sustancias, generalmente no producen resultados que puedan demostrarse como mejores que otras alternativas disponibles de tratamiento que son menos intensivas o más eficientes en costo, o que no concuerden con:

- Los estándares nacionales vigentes de práctica clínica para el tratamiento de tales condiciones.
- La investigación profesional vigente que demuestra que los servicios o suministros tendrán un resultado beneficioso y mensurable en la salud.
- El nivel de pautas para el cuidado de la salud del administrador de salud mental y abuso de sustancias según se modifiquen cada cierto tiempo.

El administrador de salud mental y abuso de sustancias puede consultar con asesores clínicos profesionales, comités de revisión conformados por colegas o con otras fuentes adecuadas para obtener recomendaciones e información concerniente a si el servicio o suministro cumple cualquiera de estos criterios. Servicios para el tratamiento de enfermedades mentales o condiciones de salud mental y servicios para el abuso de sustancias y servicios para la dependencia de sustancias que la Ciudad de Hialeah ha optado por prestar a través de un plan de beneficios separado; y tratamiento proporcionado en relación con hospitalizaciones psiquiátricas involuntarias, detenciones policiales y otras disposiciones similares, a menos que sea autorizado previamente por el administrador de salud mental y abuso de sustancias.

## EXCLUSIONES MÉDICAS, CONTINUACIÓN

### 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 “Asesoramiento nutricional” en el Resumen de la Descripción del Plan. Alimentos de cualquier tipo. Los alimentos que no están cubiertos incluyen: alimentos enterales 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; 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 UnitedHealthCare 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 vórices 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). Reducción de senos, excepto aquella cuya cobertura es exigida 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. Cirugía para la reducción de senos que se considere un procedimiento estético. Esta exclusión no se aplica a la cirugía de reducción de senos que el administrador de reclamos determine que se solicita para tratar una limitación funcional fisiológica ni se aplica a la cobertura exigida por la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998) para la cual se describen beneficios en “Procedimientos reconstructivos” en el Resumen de la Descripción del Plan. Programas de acondicionamiento físico, tales como entrenamiento atlético, fisicoculturismo, ejercicio, acondicionamiento físico, flexibilidad, programas y suscripciones a gimnasios, tratamientos 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.

### Procedimientos y tratamientos

Procedimiento o cirugía para eliminar el tejido graso, como paniculectomía, 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 paniculectomía 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. 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 quiropráctico 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 quiropráctico (la aplicación terapéutica de tratamiento manipulativo quiropráctico con o sin tratamiento fisiológico auxiliar o métodos de rehabilitación brindados para restaurar o mejorar el movimiento, reducir el dolor y mejorar la función). Tratamiento no quirúrgico de la obesidad incluso si es para la obesidad mórbida. Tratamiento quirúrgico de la obesidad, aunque exista un diagnóstico de obesidad mórbida según se describe en “Cirugía para la obesidad” en el Resumen de la Descripción del Plan. Tratamiento de la dependencia al tabaco. Terapia de quelación, excepto para tratar el envenenamiento con metales pesados.

## EXCLUSIONES MÉDICAS, CONTINUACIÓN

### 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. Intérpretes de idiomas extranjeros o lenguaje de señas.

### 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 la fecundación in vitro o 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 y suministros anticonceptivos. Cirugía de reducción fetal, excepto según lo descrito en "Cirugías por enfermedades congénitas del corazón" (Congenital Heart Disease, CHD) en el Resumen de la Descripción del Plan. 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 según lo descrito en "Servicios para trasplantes" en el Resumen de la Descripción del Plan. Trasplantes 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 asiste al corazón mientras el paciente espera a que se encuentre un donante de corazón compatible); y trasplantes que no sean realizados en un centro designado. Esta exclusión no se aplica a los trasplantes de córnea; 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.

### Tipos de cuidado

Programas multidisciplinarios de control del dolor recibidos como paciente hospitalizado. Cuidado de custodia; cuidado domiciliario. Servicios para enfermería privada recibidos como paciente hospitalizado. Relevo del cuidador, 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).

## EXCLUSIONES MÉDICAS, CONTINUACIÓN

---

### Vista y audición

Costo de compra de anteojos y lentes de contacto, y los cargos por ajustes relacionados. Exámenes de la vista de rutina, incluidos los exámenes refractivos para determinar la necesidad de corrección de la vista. 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. Terapia de ejercicios oculares. 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 carrera, educación, escuela, deportes o campamentos, viajes, 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. 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. 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 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.

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL**

---

---