

Exclusiones generales de la póliza

Los siguientes no son **servicios cubiertos** por su póliza:

Servicios que no son **médicamente necesarios**.

Servicios realizados o recetados bajo la indicación de una persona que no es un **profesional** de la **salud**.

Servicios que están fuera del alcance de la práctica del profesional de la salud que realiza el servicio.

Servicios en la medida en que estén cubiertos por unidades de gobierno, excepto para veteranos en un centro de la Administración de Veteranos o de las fuerzas armadas por servicios recibidos que el beneficiario deba pagar.

Servicios por los cuales no se requiere de forma legal o consuetudinaria que pague ante la ausencia de un plan de beneficios de salud.

La compra, evaluación o colocación de anteojos o lentes de contacto, excepto en el caso de lentes para afaquia y lentes blandas, rígidas permeables al gas o cubiertas esclerales previstas para uso durante el tratamiento de una enfermedad o lesión.

Esto no se aplica al beneficio pediátrico de la vista en la sección “Cobertura y exclusiones” en virtud de su plan.

Servicios de cuidado personal y en el hogar.

Servicios suministrados por un **profesional de la salud** que es su cónyuge, madre, padre, hija, hijo, hermano o hermana.

Servicios brindados por un miembro de la familia o una remisión prohibida

- Servicios proporcionados por su cónyuge, padre, madre, hijos, hijastros, hermanos, familiar político o un otro miembro de la familia.
- Pago de reclamos, facturas u otras solicitudes de pago por servicios del cuidado de salud sobre los cuales se haya determinado que se brindaron como resultado de una **remisión** prohibida por la sección 1-302 del artículo de salud ocupacional.

Procedimientos en etapa de **prueba e investigación**

Servicios médicos, **hospitalarios** o clínicos relacionados con la queratotomía radial, la queratomileusis miópica y la cirugía de tejido de la córnea, con el fin de alterar, modificar o corregir miopía, hipermetropía o error astigmático.

Servicios para revertir un procedimiento de esterilización voluntaria.

Servicios de esterilización, o para revertirla, para un dependiente menor. Esto no se aplica a los procedimientos de esterilización aprobados por la FDA para mujeres con capacidad reproductiva.

Tratamiento médico o quirúrgico o régimen para bajar de peso o controlarlo, a menos que se especifique de otra forma en la sección “Cobertura y exclusiones” en virtud de su plan.

Servicios realizados antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Servicios realizados después de la terminación de la cobertura, incluidas las extensiones de beneficios.

Cirugía o servicios relacionados con fines cosméticos para mejorar la apariencia, y no para restaurar funciones corporales o corregir deformidades ocasionadas por enfermedades, traumatismos o anomalías congénitas o de desarrollo.

Servicios por lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo en la medida en que una ley de indemnización a trabajadores exija su cobertura.

Servicios proporcionados por un departamento dental o médico mantenido por un empleador, una asociación de beneficios mutuos, un sindicato, un fideicomiso o grupos o personas similares, o en nombre de estos.

Artículos de higiene y comodidad personal incluidos, entre otros, aires acondicionados, humidificadores o equipos para mantener el estado físico.

Cargos por consultas telefónicas con excepción de los servicios de **telesalud**, por no asistir a una cita programada o por no completar formas.

Ingresos al hospital principalmente para realizar estudios de diagnóstico, a menos que estén autorizados por Aetna.

La compra, evaluación o colocación de audífonos, suministros y enmascaradores de tinnitus, a menos que se indique lo contrario en la sección "Cobertura y exclusiones" conforme a su plan.

Con excepción de los servicios cubiertos de ambulancia y los gastos de viaje y alojamiento debido a un trasplante que se describan en la sección "Cobertura y exclusiones" conforme a su plan, el transporte, independientemente de que un **profesional** de la **salud** lo recomiende.

Con excepción de los **servicios de emergencia**, las vacunas recibidas fuera de los Estados Unidos si tuvo que viajar al exterior.

A menos que se especifique lo contrario en la sección "Cobertura y exclusiones" conforme a su plan, el tratamiento o trabajo dental, que incluye cuidado de **profesionales de la salud** o en un **hospital** en relación con lo siguiente:

- La intervención o el tratamiento para ajustar o usar dentaduras postizas.
- Cuidado de ortodoncia o mala oclusión.
- Operaciones o tratamientos dentales o de los tejidos de sostén de los dientes, salvo la extracción de tumores y quistes o el tratamiento de lesiones en dientes naturales por un accidente, si se recibe el tratamiento dentro de los 6 meses de dicho accidente.
- Implantes dentales.

Accidentes que ocurran mientras mastica o como resultado de hacerlo. Esto no se aplica a los beneficios dentales pediátricos especificados en la sección "Cobertura y exclusiones" en virtud de su plan.

Cuidado de los pies de rutina, incluido el descamado o la eliminación de durezas y callos, o el recorte de las uñas, a menos que se determine que dichos servicios son **médicamente necesarios**.

Soporte de arco, dispositivos ortóticos, soportes dentro del calzado, zapatos ortopédicos, soportes elásticos, o exámenes para la receta o el ajuste, a menos que se determine que estos servicios son **médicamente necesarios**.

Ingresos al hospital principalmente para recibir fisioterapia, a menos que esté autorizada por Aetna.

Tratamiento de disfunciones sexuales no relacionadas con una enfermedad orgánica.

Servicios por beneficios dobles que se brinden en virtud de leyes, reglamentaciones o programas federales, estatales o locales. Órganos no humanos y su implantación.

Cargos de no reemplazo para la sangre y sus productos derivados.

Mejoras en el estilo de vida, incluido el asesoramiento nutricional o los programa de bienestar físico, a menos que se incluyan en la sección “Cobertura y exclusiones” conforme a su plan.

Pelucas y prótesis craneales, a menos que se incluyan en la sección “Cobertura y exclusiones” conforme a su plan. Esto no se aplica a las prótesis capilares **médicamente necesarias** cuando las indica un oncólogo tratante para personas con pérdida del cabello debido al tratamiento con quimioterapia o radiación contra el cáncer, o un proveedor para una afección distinta del cáncer y la prótesis es adecuada o eficiente.

Cargos por ingresos durante fines de semana, salvo a la sala de emergencias o maternidad, a menos que estén autorizados por Aetna.

Terapia ortomolecular ambulatoria, incluidos los nutrientes, las vitaminas y los suplementos alimenticios, a menos que figuren en la sección “Cobertura y exclusiones” en virtud de su plan.

Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular y del síndrome de dolor craneomandibular, salvo para servicios quirúrgicos para estos si son **médicamente necesarios** y hay una prueba radiográfica claramente demostrable de anomalía articular debido a una lesión o enfermedad.

Servicios que surgen de lesiones corporales accidentales debido a un accidente automovilístico, en la medida en que los servicios sean pagaderos en virtud de una disposición de pagos de gastos médicos de una póliza de seguro para automotor.

Servicios para afecciones que las leyes, reglamentaciones, ordenanzas u otras disposiciones similares estatales o locales exijan que se brinden en una institución pública.

Servicios relacionados con la extracción de un órgano con el objetivo de realizar un trasplante en otra persona, a menos que ocurra lo siguiente:

- El beneficiario del trasplante tiene cobertura en virtud del plan y se somete a un trasplante cubierto.
- No se trata de servicios pagaderos por otra compañía de seguros.

Exámenes físicos requeridos para obtener empleo, seguro o licencias del gobierno, o para conservarlos.

Servicios auxiliares no médicos tales como rehabilitación vocacional, asesoramiento laboral o terapia educativa.

Habitación privada en un hospital, a menos que esté autorizada por el servicio privado de enfermería de Aetna.

Cómo funciona su póliza

Cómo funciona su póliza cuando tiene cobertura

La póliza de HMO lo ayuda a obtener y a pagar muchos de los servicios de cuidado de salud (pero no todos). En general, la póliza solo cubre el cuidado que usted recibe de **proveedores de la red**.

Proveedores

Contamos con una red de **proveedores** para que usted obtenga el cuidado que necesita. La forma más sencilla de encontrar **proveedores de la red** y consultar información importante sobre ellos es iniciando sesión en el sitio web para miembros. Ahí encontrará nuestro *Directorio de proveedores* en línea. Para obtener más información, consulte la sección “Comuníquese con nosotros”.

Usted elige un médico de cuidado primario (**PCP**) para que supervise su cuidado. El **PCP** le brindará cuidado de rutina y lo remitirá a otros **proveedores** cuando necesite cuidado especializado. También puede recurrir directamente a un obstetra, ginecólogo u obstetra/ginecólogo de la red o a un **proveedor** que se especialice en estas áreas para recibir **servicios cubiertos**.

Para obtener más información sobre la red y la función del **PCP**, consulte “Quién ofrece el cuidado”.

Área de servicio:

La póliza generalmente paga los **servicios cubiertos** solo dentro de un área geográfica específica llamada **área de servicio**. Hay algunas excepciones, como para **servicios de emergencia**, cuidado de urgencia, ensayos clínicos (gastos de rutina del paciente) y trasplantes. Consulte “Quién ofrece el cuidado” a continuación.

Quién ofrece el cuidado

Proveedores de la red

Tenemos contrato con **proveedores** en el **área de servicio** para que le presten los **servicios cubiertos**. Estos **proveedores** conforman la red de su póliza.

Para obtener los beneficios de la red, debe acudir a **proveedores de la red**. Existen algunas excepciones:

- **Servicios de emergencia:** Consulte la descripción de **servicios de emergencia** en la sección “Cobertura y exclusiones”.
- Cuidado de urgencia: Consulte la descripción de cuidado de urgencia en la sección “Cobertura y exclusiones”.
- **Proveedor de la red** que no está disponible de forma razonable: Usted puede recibir servicios de un **proveedor fuera de la red**, como especialistas y **profesionales no médicos**, si no hay un proveedor disponible de la red adecuada sin una demora o distancia no razonable, o si no tiene la capacitación o experiencia como para tratar su afección. El costo compartido por los servicios de salud emocional y psicológica no excederá aquel que tendría si los servicios se brindaran a través de un **proveedor de la red**. Debe solicitarnos aprobación antes de recibir el cuidado. Comuníquese con nosotros para obtener ayuda.
- Trasplantes: Consulte la descripción de servicios de trasplantes en la sección “Cobertura y exclusiones”.
- Ensayos clínicos (gastos de rutina del paciente): consulte la descripción de los ensayos clínicos (gastos de rutina del paciente) en la sección “Cobertura y exclusiones”.