

Resumen de beneficios de BlueChoice Advantage

Marymount University

Deducible no integrado

Servicios	Dentro de la red usted paga ^{1,2}	Fuera de la red usted paga ^{1,3}
Visite carefirst.com/doctor para encontrar proveedores		
LÍNEA QUE BRINDA ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS DEL DÍA		
Asesoramiento gratuito de un enfermero diplomado. Visite carefirst.com/needcare para obtener más información sobre sus opciones de atención.	Cuando su médico no se encuentre disponible, llame al 800-535-9700 para hablar con una enfermera diplomada sobre sus preguntas de salud y opciones de tratamientos.	
PROGRAMA DE BIENESTAR		
Visita carefirst.com/wellbeing para obtener más información.	Tiene acceso a un programa de bienestar integral como parte de su plan médico.	
DEDUCIBLE ANUAL (período de beneficios) ⁴		
Individual	\$600	\$1,200
A la familia	\$1,200	\$2,400
MÁXIMO ANUAL DE GASTOS DE BOLSILLO (Período de Beneficios) ⁵		
Atención médica ⁶	\$3,000 Individual/\$6,000 Familiar	\$6,000 Individual/\$12,000 Familiar
Medicamentos con receta ⁶	Combinados con el máximo de gastos médicos de bolsillo dentro de la red	Todos los costos de los medicamentos están sujetos al máximo de gastos de bolsillo dentro de la red
BENEFICIO MÁXIMO DE POR VIDA		
Máximo de por vida	Nada	Nada
SERVICIOS PREVENTIVOS		
Atención del niño sano (incluye exámenes y vacunas)	Sin cargo*	Sin cargo*
Examen físico de adultos (incluye visitas ginecológicas de rutina)	Sin cargo*	40% del Beneficio Cubierto
Examen de detección de cáncer de mama	Sin cargo*	40% del Beneficio Cubierto
Prueba de Papanicolaou	Sin cargo*	40% del Beneficio Cubierto
Examen de detección de cáncer de próstata	Sin cargo*	40% del Beneficio Cubierto
Examen de detección de cáncer colorrectal	Sin cargo*	40% del Beneficio Cubierto
VISITAS AL CONSULTORIO, LABORATORIO Y PRUEBAS		
Visitas al consultorio por enfermedad	\$25 PCP/\$40 especialista por visita	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Diagnóstico por imágenes (angiografía por resonancia magnética [ARM]/espectroscopia por resonancia magnética [ERM], imagen por resonancia magnética [IRM], tomografía por emisión de positrones [TEP] y tomografía computarizada [TC])	Deducible, luego 20% del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Laboratorio	Deducible y, luego, 20% del Beneficio Cubierto	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Radiografías	Deducible y, luego, 20% del Beneficio Cubierto	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Pruebas de alergia	Sin cargo*	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Vacunas contra la alergia	\$5 por visita	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Terapia Física, del Habla y Ocupacional ⁷ (limitado a 30 visitas/lesión/período de beneficios)	Deducible, luego 20% del beneficio cubierto más \$40 por visita	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Servicios quiroprácticos (límite de 20 visitas/período de beneficios)	Deducible, luego 20% del beneficio cubierto más \$40 por visita	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Acupuntura (límite de 20 visitas/período de beneficios)	Sin cobertura (excepto cuando el Plan lo apruebe o autorice, si se usa en lugar de anestesia)	Sin cobertura (excepto cuando el Plan lo apruebe o autorice, si se usa en lugar de anestesia)

Resumen de beneficios de BlueChoice Advantage

Servicios	Dentro de la red usted paga ^{1,2}	Fuera de la red usted paga ^{1,3}
SERVICIOS DE EMERGENCIA		
Centro de atención de urgencia	\$40 por visita	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Sala de emergencias—Servicios del centro médico	Deducible y luego \$150 de copago	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Sala de emergencias—Servicios médicos	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible dentro de la red, luego 20 % del Beneficio Cubierto
Ambulancia (si es médicamente necesaria)	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible y, luego, 20% del Beneficio Cubierto
HOSPITALIZACIÓN (Los afiliados son responsables del pago de las tarifas que corresponden a honorarios médicos y del centro de atención)		
Servicios en centros de atención ambulatoria	Deducible y, luego, 20% del beneficio cubierto más \$100 por visita	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Servicios médicos para Pacientes Ambulatorios	Deducible y, luego, el 20% del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Servicios en Centros de Hospitalización	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Servicios médicos para Pacientes Internados	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
ALTERNATIVAS AL HOSPITAL		
Atención médica a domicilio	Deducible y, luego, 20% del Beneficio Cubierto	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Centro de cuidados paliativos	Deducible y, luego, 20% del Beneficio Cubierto	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Centro de cuidados especializados (límite de 100 días por periodo de beneficios)	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
MATERNIDAD		
Visitas preventivas prenatales y postnatales al consultorio	Sin cargo*	Deducible, luego 40% del Beneficio Cubierto
Parto y servicios del centro médico	Deducible y, luego, 20% del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Atención del recién nacido en neonatología	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Inseminación artificial e intrauterina	Deducible y, luego, 20% del Beneficio Cubierto	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Procedimientos de fertilización in vitro	Sin cobertura	Sin cobertura
TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL (los afiliados son responsables por los honorarios de los médicos y las tarifas del centro médico que correspondan)		
Servicios en Centros de Hospitalización	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible, luego 40 % del Beneficio Cubierto
Servicios médicos para pacientes internados	Deducible y, luego, 20% del beneficio cubierto	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Servicios en centros de atención ambulatoria	Deducible y, luego, 20% del beneficio cubierto más \$100	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Servicios médicos para pacientes ambulatorios	Deducible y, luego, 20% del beneficio cubierto	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Visitas al consultorio	\$25 por consulta	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS		
Equipo médico duradero	Deducible, luego 20 % del Beneficio Cubierto	Deducible y, luego, 40% del Beneficio Cubierto
Audífonos	No cubierto	No cubierto
VISIÓN		
Examen de rutina (límite de 1 visita por periodo de beneficios)	\$10 por visita a proveedores participantes de atención oftalmológica	Cargo total, menos \$33 del Beneficio Cubierto
Anteojos y lentes de contacto	Descuentos en centros de visión participantes	No cubierto



CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., The Dental Network y First Care, Inc. son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. En el Distrito de Columbia y Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. de Maryland (utilizado en Virginia por: First Care, Inc.). Blue Cross®, Blue Shield® y Cross and Shield Symbols son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes independientes Blue Cross and Blue Shield.

Resumen de beneficios de BlueChoice Advantage

Nota: El Beneficio Cubierto es la tarifa que los proveedores participantes de la red han acordado aceptar por un servicio en particular. El proveedor participante no puede cobrar al afiliado un monto superior al permitido por los servicios cubiertos. Ejemplo: El Dr. Carson cobra \$100 por atender a un paciente enfermo. Para ser parte de la red de CareFirst, ha acordado aceptar \$50 por visita. El afiliado pagará su copago/coseguro y deducible (si corresponde) y CareFirst pagará el monto restante hasta \$50.

* Sin copago ni coseguro.

- ¹ Cuando más de un proveedor prestan múltiples servicios en el mismo día, se le exige al Afiliado que realice los pagos de cada proveedor.
- ² Dentro de la red: cuando un proveedor de la red de proveedores de CareFirst BlueChoice presta servicios cubiertos en Maryland, Washington D.C. o el norte de Virginia, en conjunto conocidos como el área de servicios de CareFirst BlueChoice, la atención se reembolsa a nivel de atención dentro de la red. Los beneficios dentro de la red se basan en el beneficio cubierto de CareFirst BlueChoice. El Beneficio Cubierto de CareFirst BlueChoice es generalmente la tarifa contractual o la lista de honorarios que los Proveedores de CareFirst BlueChoice han acordado aceptar como pago por los servicios cubiertos. CareFirst BlueChoice, Inc. establece estos pagos; sin embargo, en ciertas circunstancias, la ley puede establecer que un gasto está cubierto. Fuera del área de servicio de CareFirst BlueChoice, cuando un proveedor de la red de proveedores preferidos presta servicios cubiertos, la atención también se cubre al nivel de atención dentro de la red.
- ³ Fuera de la red: Cuando quien presta los servicios cubiertos es un proveedor que no se encuentra dentro de la red de CareFirst BlueChoice de Maryland, Washington D.C. o Virginia del Norte, o no está en la red de proveedores preferidos fuera del área de servicio de CareFirst BlueChoice, la atención se reembolsa como atención fuera de la red. Los beneficios fuera de la red se basan en el Beneficio Cubierto. En general, el Beneficio Cubierto es la tarifa contractual o la lista de honorarios que establece CareFirst BlueChoice o los planes locales Blue Cross y Blue Shield; sin embargo, en ciertas circunstancias, se puede establecer un gasto cubierto por ley.
- ⁴ Para cobertura familiar únicamente: Cuando un miembro de la familia alcanza el deducible individual, puede comenzar a recibir los beneficios. Ningún familiar puede aportar un monto superior al deducible individual. El deducible familiar debe alcanzarse antes de que el resto de los afiliados de la familia pueda comenzar a recibir los beneficios.
- ⁵ Para cobertura familiar únicamente: cuando un miembro de la familia alcanza el límite máximo de gastos de bolsillo, sus servicios se cubrirán al 100% sin que superen el Beneficio Cubierto. Ningún miembro de la familia puede aportar un monto superior al límite máximo individual de gastos de bolsillo. El límite máximo de gastos de bolsillo por familia debe alcanzarse antes de que los servicios del resto de los miembros de la familia se cubran en un 100% sin que superen el Beneficio Cubierto. El máximo de gastos de bolsillo incluye deducibles, copagos y coseguros.
- ⁶ El Plan incluye máximos separados de gastos de bolsillo que corresponden a gastos médicos y de medicamentos que se acumulan en forma independiente.
- ⁷ CloseKnit es una marca registrada propiedad de y es el nombre comercial de Atlas Health, LLC. Atlas Health, LLC, con el nombre comercial de CloseKnit, no proporciona productos o servicios de Blue Cross Blue Shield y brinda servicios de telesalud y en persona a los afiliados de CareFirst. Atlas Health, LLC es una afiliada corporativa dentro del grupo corporativo de empresas de CareFirst, Inc.
- ⁸ Los Afiliados que acceden a los servicios de laboratorio dentro del Área de Servicios de CareFirst (Maryland, D.C., Norte de Virginia) deben utilizar LabCorp como su centro para pruebas de laboratorio y un centro que no es hospital/centro médico autónomo para radiografías y diagnóstico por imágenes según la especialidad para recibir los beneficios dentro de la red. Los servicios prestados por cualquier otro proveedor, aun cuando esté dentro del Área de Servicios de CareFirst, se considerarán fuera de la red. Los afiliados que acceden a servicios de laboratorio, radiografías y diagnóstico por imágenes según la especialidad fuera de Maryland, D.C., o Virginia del Norte pueden utilizar cualquier centro de BlueCard PPO participante y recibir beneficios dentro de la red.
- ⁹ La limitación de visitas no se aplica a niños de 2 a 10 años cuando la fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional es para el tratamiento del trastorno del espectro autista.
- ¹⁰ Los afiliados que no puedan concebir tienen cobertura para la evaluación de servicios de infertilidad para confirmar un diagnóstico de infertilidad y alguna opción de tratamiento para la infertilidad. Se requiere autorización previa.

No todos los servicios y los procedimientos están cubiertos en su contrato de beneficios. Este resumen es solo para fines comparativos y no crea derechos que no otorgue el plan de beneficios.

Los beneficios descritos se emiten con los siguientes números de formulario: VA/CFBC/GC (R. 1/24); VA/CFBC/LG/POS/EOC (1/24); VA/CFBC/DOL APPEAL (R. 1/24); VA/CFBC/LG/POS/DOCS (1/25); VA/CFBC/LG/POS/SOB (1/25); VA/CFBC/RX3 (R. 1/25); VA/CFBC/LG/SELECT PROV (1/25); VA/CFBC/LG/INCENT (R.1/25); VA/CFBC/ATTC (R. 1/10) y cualquier modificación.



CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc. y The Dental Network, Inc. son licenciatarías independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.



Exclusiones

La cobertura no incluye:

A. Cualquier servicio, prueba, procedimiento o insumo que CareFirst BlueChoice no considere necesario para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad, la lesión o la afección del afiliado. Aun cuando un servicio o insumo se incluya en la cobertura, sólo se ofrecerán beneficios en la medida en que dicho servicio se considere Medicamento Necesario y conveniente en el caso particular del Afiliado;

B. ningún tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, uso de medicamentos, dispositivo o insumo que, a criterio de CareFirst BlueChoice, sea Experimental, esté en Fase de Investigación o no cumpla con nuestras normas y prácticas médicas o psiquiátricas aceptadas vigentes al momento del tratamiento, a excepción de los beneficios cubiertos para Ensayos Clínicos;

C. el costo de servicios que se presten sin cargo o que generalmente se presten sin cargo en el caso de que un Afiliado no esté cubierto según la Evidencia de Cobertura o no tenga la cobertura de seguro de salud, incluidos los cargos, o parte de ellos, que por ley el proveedor no pueda facturar o cobrar directamente al paciente;

D. Servicios, insumos o procedimientos que no estén específicamente enumerados en la Evidencia de Cobertura del Afiliado como beneficios cubiertos o que, a criterio de CareFirst BlueChoice, no cumplan con todas las demás condiciones y criterios de cobertura.

E. Servicios de rutina, paliativos o estéticos de los pies (salvo para afecciones que, según CareFirst BlueChoice, sean Medicamento Necesarias), incluyendo problemas de pie plano, dispositivos de soporte para los pies, tratamiento de subluxaciones de los pies, tratamiento de durezas, juanetes (salvo cirugía ósea o capsular), callosidades, uñas de los dedos del pie, arcos vencidos, pies débiles, distensión crónica de los pies y molestias sintomáticas de los pies.

F. Ningún tipo de atención dental (salvo el tratamiento de lesiones físicas producto de un accidente o cirugía bucal, según se indica en esta Descripción de los Servicios Incluidos), incluso extracciones, tratamiento de caries, cuidado de las encías o de los huesos que sostienen los dientes, tratamiento de absceso y enfermedad periodontal, remoción de dientes, ortodoncia, reemplazo de dientes o cualquier otro servicio o insumo dental, a menos que esto se autorice por separado en una cláusula adicional o modificación de la presente Evidencia de Cobertura. Están excluidos todos los demás procedimientos que involucren los dientes o las áreas y las estructuras que son adyacentes o sostienen los dientes, incluida la alteración quirúrgica de la mandíbula o los maxilares (cirugía ortognática) con fines estéticos o para corregir una maloclusión que no esté relacionada con una incapacidad funcional documentada.

G. No se otorgarán beneficios por cirugía estética (salvo Cirugía Reconstructiva de Mama, Cirugía Reconstructiva y servicios para el tratamiento por labio leporino o paladar hendido, como se menciona anteriormente) ni otros servicios cuya finalidad principal sea la de corregir, cambiar o mejorar el aspecto físico.

H. Tratamientos administrados por un proveedor de atención médica que sea miembro de la familia del Afiliado (padre, cónyuge, pareja de hecho, hermano e hijo).

I. Ningún medicamento con receta obtenido y autoadministrado por el Afiliado para su uso ambulatorio, salvo que el medicamento con receta esté cubierto específicamente según la Evidencia de Cobertura. Medicamentos que puedan ser autoadministrados o que no necesiten ser administrados por un médico o bajo su supervisión no están cubiertos, aunque se los dispense o administre en un centro o consultorio médico o de algún proveedor, salvo que se disponga lo contrario en la presente Descripción de los Servicios Incluidos. Se pueden obtener

beneficios por medicamentos con receta mediante una cláusula adicional adjunta a la Evidencia de Cobertura.

J. Ningún producto biológico, medicamentos sin receta e insumos descartables de venta libre que sean obtenidos y autoadministrados habitualmente por el afiliado, salvo lo indicado en la Descripción de los Servicios Incluidos o en la cláusula adicional de beneficios de medicamentos con receta adjunta a esta Evidencia de Cobertura.

Por venta libre se entiende cualquier artículo o insumo, según lo determine CareFirst BlueChoice, que pueda comprarse sin receta, salvo que se trate de un Servicio Cubierto. Esto incluye, entre otros, lentes y accesorios sin receta, productos anticonceptivos o de planificación familiar, artículos de belleza y salud o cosméticos, artículos alimenticios y nutricionales, dispositivos de ayuda, artículos que no sean médicos, artículos para el cuidado de los pies, insumos médicos varios y de primeros auxilios (descartables o no), insumos de higiene personal, insumos para la incontinencia y soluciones y medicación de venta libre, excepto los insumos o medicamentos de Venta Libre dispensados según una receta médica extendida por un proveedor de atención médica, que están indicados en las actuales recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos y que tienen en vigencia la clasificación "A" o "B".

K. Esterilización voluntaria de los afiliados de sexo masculino y servicios para revertir un procedimiento de infertilidad voluntaria inducida en forma quirúrgica, incluyendo una reversión de esterilización, para todos los afiliados.

L. Ninguna tecnología de reproducción asistida, incluso la inseminación artificial y la inseminación intrauterina, la fertilización in vitro, la transferencia intrafalopiana de gametos, la transferencia intrafalopiana de cigotos, la preservación o almacenamiento criogénico de óvulos y embriones y los procedimientos de evaluación, medicamentos, servicios de diagnóstico y preparaciones médicas relacionadas con estos, a menos que se encuentren cubiertos por una cláusula adicional que su Grupo haya comprado y adjuntado a la Evidencia de Cobertura.

M. honorarios o cargos relacionados con programas de fitness, programas para bajar o controlar el peso; acondicionamiento físico, programas de ejercicios; y uso de aparatos para ejercicios pasivos o accionados por el paciente que no sean Medicamento Necesarios ni programas aprobados de rehabilitación cardíaca y pulmonar;

N. tratamiento para obesidad, reducción de peso, control de la dieta o programas comerciales de pérdida de peso. Esta exclusión no se aplica a:

1. el tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida;
2. las visitas de atención del niño sano para la evaluación y el control de la obesidad;
3. elementos o servicios basados en la evidencia para cuidados preventivos y pruebas exploratorias respecto de la obesidad que tienen en vigencia la clasificación "A" o "B" en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés);
4. en el caso de lactantes, niños y adolescentes, cuidados preventivos y pruebas exploratorias de obesidad en función de la información sobre evidencia que se indican en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud;
5. visitas al consultorio para el tratamiento de la obesidad infantil; tampoco
6. asesoramiento nutricional profesional y la terapia nutricional médica.

O. Tratamientos médicos o quirúrgicos contra la miopía o la hipermetropía. No está cubierta la queratotomía radial ni ninguna otra forma de queratoplastia refractiva.

P. Servicios brindados como resultado de una derivación prohibida por ley.

Q. Servicios requeridos o solicitados únicamente en cumplimiento de una orden judicial o como condición de libertad condicional, salvo que estén autorizados o aprobados por CareFirst BlueChoice.

R. Clases de educación sobre salud y programas de autoayuda que no sean clases de preparación para el parto o para el tratamiento de la diabetes.

S. Servicios de acupuntura, excepto cuando lo apruebe o autorice CareFirst BlueChoice para usos anestésicos.

T. Ningún servicio relacionado con actividades recreativas. Esto incluye, por ejemplo, deportes, juegos, equitación y atletismo. Estos servicios no están cubiertos a menos que los autorice o apruebe CareFirst BlueChoice, aun cuando tengan valor terapéutico o los proporcione un proveedor de atención médica.

U. la cobertura según esta Evidencia de Cobertura no incluye el costo de servicios ni el pago de servicios por ninguna enfermedad, lesión o afección para la cual, o como consecuencia de la cual, se proporcione un Beneficio (como se define a continuación) o se requiera que se proporcione dicho Beneficio, ya sea:

1. en virtud de cualquier ley de indemnización laboral federal, estatal, municipal o del condado, o bien, en virtud de la ley de responsabilidad de empleadores u otro programa similar; o
2. desde cualquier centro federal, estatal, municipal o del condado u otra agencia gubernamental, incluso en el caso de incapacidades relacionadas con el servicio militar, la Administración de Veteranos, en la medida en que esos Beneficios los pague el centro federal, estatal, municipal o del condado u otra agencia gubernamental y que se proporcionen al Afiliado sin cargo alguno, pero que excluyan los beneficios de Medicare y de Medicaid. El beneficio tal y como se utiliza en esta disposición incluye un pago o cualquier otro beneficio, incluso los montos recibidos en la liquidación de una reclamación por beneficios;

V. Los cuidados de una enfermera privada.

W. Servicios no médicos de atención médica brindados por proveedores, por ejemplo:

1. Consultas telefónicas, salvo lo dispuesto para los servicios de telemedicina en la Sección 1.1.AA, no presentarse a una cita programada, llenar formularios (excepto los formularios que podría solicitar CareFirst BlueChoice), cobrar fotocopias u otros servicios administrativos brindados por el profesional de atención médica o sus empleados.
2. aranceles administrativos que cobre al Afiliado un médico u otro profesional de salud para reservar sus servicios, por ejemplo, "aranceles por atención personalizada" o aranceles de afiliación a servicios médicos exclusivos. Los beneficios previstos en esta Evidencia de Cobertura se pueden aplicar a los servicios cubiertos que un proveedor de atención médica brinde al Afiliado.

X. Terapias educativas que busquen mejorar el desempeño académico.

Y. Rehabilitación vocacional y orientación laboral.

Z. Exámenes de rutina de la visión, marcos y lentes o lentes de contacto. Se pueden obtener beneficios por exámenes de rutina de la visión y marcos y lentes o lentes de contacto mediante una cláusula adicional que su grupo haya comprado y adjuntado a la Evidencia de Cobertura. Esta exclusión no se aplica a los cuidados preventivos y las pruebas exploratorias en función de la información sobre evidencia, incluso la atención bucal y de la visión, que se indican en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, en el caso de lactantes, niños y adolescentes.

AA. Atención custodial, personal o a domicilio que se proporcione para cumplir con las actividades de la vida diaria, como tomar duchas, ir al baño y comer (atención que la pueden proporcionar personas sin capacitación ni habilidades médicas profesionales).

BB. Programas de preparación laboral. Los Programas de Preparación Laboral son programas de rehabilitación con un alto nivel de especialización, que buscan simular actividades propias del trabajo y sus alrededores, en forma supervisada y con el objetivo de preparar al participante para volver a su trabajo;

CC. Tratamientos de problemas o disfunciones sexuales, incluidos, entre otros, implantes quirúrgicos por impotencia, terapia médica, terapia con medicamentos y tratamiento psiquiátrico.

DD. traslados (salvo en el caso de transporte aéreo o terrestre en ambulancia que sea Médicamente Necesario, según lo determinen CareFirst BlueChoice y los servicios enumerados en la Sección 1.3 Trasplantes de órganos y tejidos, aprobados por CareFirst BlueChoice).

EE. insumos o Equipos Médicos Duraderos relacionados o utilizados junto con artículos o servicios no cubiertos; ni

FF. servicios requeridos únicamente a efectos administrativos, por ejemplo: empleo, seguro, viajes al exterior, escuela, admisiones a campamentos o participación en actividades deportivas.

Trastorno del espectro autista. La cobertura no incluye: A. los servicios prestados por medio de aquellos servicios que se brindan a escuelas.

Trasplantes de órganos y tejidos. La cobertura no incluye:

A. órganos que no sean humanos, como tampoco su implantación. Esta exclusión no se utilizará para denegar la cobertura médicamente necesaria. injertos de piel no experimentales que están cubiertos por la Evidencia de Cobertura.

B. Cualquier cargo hospitalario o profesional relacionado con cualquier lesión accidental o condición médica del donante del material de trasplante.

C. Cualquier cargo relacionado con el transporte, alojamiento y comidas, a menos que estén autorizados o aprobados por CareFirst BlueChoice, que no sean para el afiliado destinatario y un acompañante (o dos (2) acompañantes si el Afiliado es menor de dieciocho (18) años.

D. Servicios para un Afiliado que sea donante de órganos cuando el beneficiario no sea un Afiliado.

E. No se otorgarán beneficios para servicios de búsqueda de donantes.

F. Servicios, insumos o dispositivos relacionados con un trasplante que no se incluya como beneficio en la Evidencia de Cobertura.

Servicios hospitalarios para pacientes internados. La cobertura no incluye:

A. Habitación privada, salvo que se la considere Médicamente Necesaria y la autorice o apruebe CareFirst BlueChoice. Si no se autoriza o aprueba una habitación privada, no se cubrirá la diferencia entre el costo de una habitación privada y una habitación semiprivada.

B. Artículos no médicos y de confort, como el alquiler de un televisor y teléfono, comida para las visitas y servicio de lavandería.

C. Con excepción de los Servicios de Emergencia y Cuidados de Maternidad cubiertos (incluidas las transferencias interhospitalarias para madres y recién nacidos previstos en la Sección 2), una admisión hospitalaria, o cualquier parte de la admisión hospitalaria que no haya sido autorizada o aprobada por CareFirst BlueChoice, independientemente de que los servicios sean médicamente necesarios o se hayan o hayan cumplido todas las demás condiciones de cobertura. Consulte la Administración del Uso sobre incumplimiento de la gestión de utilización en el Programa de beneficios para la

exclusión de servicios o la limitación de beneficios, si corresponde, por incumplimiento de los requisitos de la Administración del Uso.

D. Los cuidados de una enfermera privada.

E. Admisiones a clínicas o centros de reposo, centros de cuidados, centros que ofrecen principalmente atención custodial, educación y rehabilitación, o centros para ancianos, drogadictos o alcohólicos.

Servicios de atención médica a domicilio. La cobertura no incluye:

A. Cuidados de enfermería privada.

B. Atención custodial.

Beneficios de hospicio. La cobertura no incluye:

A. Servicios, consultas, equipos o insumos médicos que no estén incluidos en el plan de tratamiento aprobado por CareFirst BlueChoice.

B. Asesoramiento financiero y legal.

C. Servicios para los cuales exista un programa de atención paliativa calificada que generalmente no represente gastos para el paciente o su familia.

D. Quimioterapia o radioterapia, a menos que la terapia se utilice para el control de síntomas.

E. Servicios, consultas, equipos o insumos médicos/quirúrgicos; incluso equipos y medicamentos que no sean necesarios para mantener el confort y manejar el dolor de un afiliado con una enfermedad terminal.

F. Reembolso por servicio voluntario.

G. Atención custodial y servicios domésticos.

H. Comidas a domicilio o servicios alimentarios similares.

I. Alquiler o compra de equipos e insumos para diálisis renal.

J. Los cuidados de una enfermera privada.

Tratamiento ambulatorio de salud mental y abuso de sustancias. La cobertura no incluye:

A. Pruebas psicológicas, a menos que sean médicamente necesarias, según lo determinado por CareFirst BlueChoice y apropiado dentro del alcance de los servicios cubiertos.

B. Servicios que se brindan solamente en cumplimiento de una orden judicial o como condición de libertad condicional, salvo que estén aprobados o autorizados por el Director Médico de CareFirst BlueChoice.

C. Incapacidad intelectual, una vez confirmado el diagnóstico.

D. Psicoanálisis.

Tratamiento de salud mental y abuso de sustancias para pacientes internados. La cobertura no incluye:

A. Admisiones como resultado del cumplimiento de una orden judicial o como condición de libertad condicional, salvo que estén aprobados o autorizados por el Director Médico de CareFirst BlueChoice.

B. Atención custodial.

C. observación o aislamiento.

Servicios de atención de emergencia y de urgencia. Los Beneficios de Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia no se proporcionarán en los siguientes casos:

A. Cargos por servicios cuando el afiliado no hubiera cumplido con los procedimientos de presentación de reclamaciones y los avisos previstos en la sección 7 de la Evidencia de Cobertura.

B. Excepto por los servicios cubiertos de ambulancia, traslados, incluso el traslado necesario para regresar al Área de Servicio, ya sea o no recomendado por el médico tratante del Afiliado.

Dispositivos e insumos médicos. La cobertura no incluye:

A. Artículos de confort.

B. Muebles. Accesorios o muebles que sirvan para descansar o apoyar cosas o para colocar o guardar cosas, como una silla o una cómoda.

C. Equipos para ejercicio físico. Cualquier dispositivo u objeto que sirva como medio para hacer actividad o

esfuerzo físico energético con el fin de entrenar, fortalecer o poner en forma el cuerpo humano, ya sea en todo o en parte, incluyendo las bicicletas fijas y demás aparatos para hacer ejercicio.

D. Equipos institucionales. Cualquier dispositivo o artefacto apto para ser usado en un centro médico pero no en el hogar, como, por ejemplo, las barras paralelas.

E. Equipos de control ambiental. Cualquier dispositivo, tal como equipos de aire acondicionado, humidificadores o purificadores de aire eléctricos. Estos artículos no están cubiertos aun cuando se los recete, a esa persona en particular, por una razón médica.

F. Anteojos, lentes de contacto, prótesis o aparatos dentales o audífonos, excepto los audífonos para menores, según se describe en la Sección N, Audífonos para Menores, de esta enmienda. Se pueden obtener beneficios para anteojos y lentes de contacto mediante una cláusula adicional que su Grupo haya comprado y adjuntado a la Evidencia de Cobertura.

G. Calzado ortopédico, a menos que forme parte de un aparato ortopédico para la parte inferior del cuerpo, alzas o accesorios especiales para calzado.

H. Equipos/insumos médicos de naturaleza prescindible, salvo aquellos incluidos específicamente como Insumos médicos cubiertos en la presente Descripción de los Servicios Incluidos. Los insumos sin cobertura incluyen almohadillas absorbentes para incontinencia o vendas.

I. Enmascaradores de tinnitus; compra, examen o adaptación de audífonos, excepto lo descrito en la sección Audífonos para menores.

J. Cargos relacionados con la manipulación, la entrega, el envío por correo y el despacho, además de los impuestos de equipos médicos duraderos.