

# Resumen de Beneficios de BlueChoice HMO

Marymount University

| Servicios                                                                                                                                                                                                                                | Dentro de la red usted paga <sup>1</sup>                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                          | Visite <a href="http://www.carefirst.com/doctor">www.carefirst.com/doctor</a> para encontrar proveedores y centros médicos.                                         |
| <b>LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS</b>                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |
| Asesoramiento gratuito de un enfermero diplomado. Visite <a href="http://www.carefirst.com/needcare">www.carefirst.com/needcare</a> 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. |
| <b>PROGRAMA DE BIENESTAR</b>                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |
| Visite <a href="http://www.carefirst.com/wellbeing">www.carefirst.com/wellbeing</a> para obtener más información.                                                                                                                        | Tiene acceso a un programa de bienestar integral como parte de su plan médico.                                                                                      |
| <b>DEDUCIBLE ANUAL (período de beneficios)<sup>2</sup></b>                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                     |
| Individual                                                                                                                                                                                                                               | Nada                                                                                                                                                                |
| Familiar                                                                                                                                                                                                                                 | Ninguno                                                                                                                                                             |
| <b>MÁXIMO ANUAL DE GASTOS DE BOLSILLO (Período de beneficios)<sup>3</sup></b>                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                     |
| Médicos <sup>4</sup>                                                                                                                                                                                                                     | \$3,500 Individual/\$6,000 Familiar                                                                                                                                 |
| Medicamentos con receta <sup>4</sup>                                                                                                                                                                                                     | Combinados con el máximo de gastos médicos de bolsillo dentro de la red                                                                                             |
| <b>BENEFICIO MÁXIMO DE POR VIDA</b>                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                     |
| Máximo de por vida                                                                                                                                                                                                                       | Ninguno                                                                                                                                                             |
| <b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |
| Atención del niño sano (incluye exámenes y vacunas)                                                                                                                                                                                      | Sin cargo*                                                                                                                                                          |
| Examen físico de adultos (incluye visitas ginecológicas de rutina)                                                                                                                                                                       | Sin cargo*                                                                                                                                                          |
| Examen de detección de cáncer de mama                                                                                                                                                                                                    | Sin cargo*                                                                                                                                                          |
| Prueba de Papanicolaou                                                                                                                                                                                                                   | Sin cargo*                                                                                                                                                          |
| Examen de detección de cáncer de próstata                                                                                                                                                                                                | Sin cargo*                                                                                                                                                          |
| Examen de detección de cáncer colorrectal                                                                                                                                                                                                | Sin cargo*                                                                                                                                                          |
| <b>VISITAS AL CONSULTORIO, LABORATORIO Y PRUEBAS</b>                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                     |
| Visitas al consultorio por enfermedad                                                                                                                                                                                                    | \$25 por consulta a PCP/\$40 por consulta a especialista                                                                                                            |
| Diagnóstico por imágenes [angiografía por resonancia magnética (MRA)/espectroscopia de resonancia magnética (MRS), resonancia magnética (MRI), tomografía por emisión de positrones (PET) y tomografía computarizada (CAT)] <sup>6</sup> | Sin cargo*                                                                                                                                                          |
| Laboratorio <sup>6</sup>                                                                                                                                                                                                                 | Sin cargo*                                                                                                                                                          |
| Radiografías <sup>6</sup>                                                                                                                                                                                                                | Sin cargo*                                                                                                                                                          |
| Pruebas de alergia                                                                                                                                                                                                                       | Sin cargo*                                                                                                                                                          |
| Vacunas contra la alergia                                                                                                                                                                                                                | \$5 por visita                                                                                                                                                      |
| Terapia del lenguaje, fisioterapia y terapia ocupacional (límite de 30 visitas por lesión por período de beneficios)                                                                                                                     | \$40 por visita                                                                                                                                                     |
| Servicios quiroprácticos (límite de 20 visitas por período de beneficios)                                                                                                                                                                | \$40 por visita                                                                                                                                                     |
| 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)                                                                       |

## Resumen de Beneficios de BlueChoice HMO

| Servicios                                                                                                                                                                   | Dentro de la red usted paga <sup>1</sup>         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b>                                                                                                                                              |                                                  |
| Centro de atención de urgencia                                                                                                                                              | \$40 por visita                                  |
| Sala de emergencias—Servicios del centro médico                                                                                                                             | \$150 por visita (no se exige si se hospitaliza) |
| Sala de emergencias—Servicios médicos                                                                                                                                       | Sin cargo*                                       |
| Ambulancia (si es médicamente necesaria)                                                                                                                                    | Sin cargo*                                       |
| <b>HOSPITALIZACIÓN (Los afiliados son responsables del pago de las tarifas que corresponden al médico y al centro médico)</b>                                               |                                                  |
| Servicios en centros de atención ambulatoria                                                                                                                                | \$200 por visita                                 |
| Servicios médicos para pacientes ambulatorios                                                                                                                               | \$25 PCP/\$40 especialista por visita            |
| Servicios para pacientes internados en centros de hospitalización                                                                                                           | \$400 por admisión                               |
| Servicios médicos para pacientes internados                                                                                                                                 | Sin cargo* PCP/\$40 por visita al especialista   |
| <b>ALTERNATIVAS AL HOSPITAL</b>                                                                                                                                             |                                                  |
| Atención médica domiciliaria                                                                                                                                                | Sin cargo*                                       |
| Centro de cuidados paliativos                                                                                                                                               | Sin cargo*                                       |
| Centro de cuidados especializados                                                                                                                                           | Sin cargo*                                       |
| <b>MATERNIDAD</b>                                                                                                                                                           |                                                  |
| Visitas preventivas prenatales y postnatales al consultorio                                                                                                                 | Sin cargo*                                       |
| Parto y servicios del centro médico                                                                                                                                         | \$400 por admisión                               |
| Cuidado en la nursery del recién nacido                                                                                                                                     | Sin cargo*                                       |
| Inseminación artificial e intrauterina <sup>7</sup>                                                                                                                         | Tarifa del centro médico de \$200 por visita     |
| Procedimientos de fertilización in vitro <sup>7</sup>                                                                                                                       | Sin cobertura                                    |
| <b>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)</b> |                                                  |
| Servicios en centros de hospitalización                                                                                                                                     | \$400 por admisión                               |
| Servicios médicos para pacientes internados                                                                                                                                 | \$25 por visita                                  |
| Servicios en centros de atención ambulatoria                                                                                                                                | \$200 por visita                                 |
| Servicios médicos para pacientes ambulatorios                                                                                                                               | \$25 por visita                                  |
| Visitas al consultorio                                                                                                                                                      | \$25 por consulta                                |
| <b>DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS</b>                                                                                                                                       |                                                  |
| Equipo médico duradero                                                                                                                                                      | 25% del Beneficio Cubierto                       |
| Audífonos (para edades de 0 a 18) (límite de 1 audífono por oído con problemas auditivos por hasta \$1,500, cada 24 meses)                                                  | Sin cobertura                                    |
| <b>VISIÓN</b>                                                                                                                                                               |                                                  |
| Examen de rutina (límite de 1 visita por período de beneficios)                                                                                                             | \$10 por visita                                  |
| Anteojos y lentes de contacto                                                                                                                                               | Descuentos en centros de visión participantes    |

## Resumen de Beneficios de BlueChoice HMO

**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 copagos ni coseguros.

- <sup>1</sup> Cuando múltiples servicios son prestados en el mismo día por más de un proveedor, se le exige al Afiliado que realice los pagos de cada proveedor.
- <sup>2</sup> 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.
- <sup>3</sup> 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.
- <sup>4</sup> El plan tiene un límite máximo de gastos de bolsillo integrado de atención médica y medicamentos con receta.
- <sup>5</sup> 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.
- <sup>6</sup> Los afiliados que acceden a los servicios de laboratorio dentro del Área de Servicios de CareFirst (Maryland, D.C., Virginia del Norte) deben utilizar LabCorp como su centro para pruebas de laboratorio y un centro médico autónomo que no sea un hospital para radiografías y diagnóstico por imágenes según la especialidad.
- <sup>7</sup> Los afiliados que no pueden concebir tienen cobertura para la evaluación de servicios de infertilidad realizados para confirmar un diagnóstico de infertilidad, y algunas opciones de tratamiento para la infertilidad. Se requiere autorización previa.

**Recordatorio:** Para inscribirse en los planes HMO, HMO Referral y Plus, los afiliados deben vivir o trabajar dentro del área de servicio de CareFirst de Maryland, Washington, D.C., o Virginia del Norte.

**Nota:** Al inscribirse en CareFirst BlueChoice, necesitará seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP). Para seleccionar un PCP, visite: [www.carefirst.com/findadoc](http://www.carefirst.com/findadoc) y obtendrá una lista actualizada de PCP de nuestro directorio de proveedores en Internet. También puede llamar al número de teléfono de Servicios para el Afiliado que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de CareFirst para recibir ayuda en la elección de un PCP u obtener una copia impresa del directorio de proveedores de CareFirst BlueChoice.

**No todos los servicios y 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/HMO/EOC (1/24); VA/CFBC/DOL APPEAL (R. 1/24); VA/CFBC/LG/HMO/DOCS (1/25); VA/CFBC/LG/HMO/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 BlueChoice, Inc. es licenciataria independiente 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.

SUM5796-1P(9/24) ■ VA ■ 51+Opción 11



## Exclusiones y limitaciones

### 10.1 No se proporciona cobertura para:

- A. ningún servicio, insumo o artículo que no sea Medicamento Necesario. Aunque se trate de un servicio que figure como cubierto, solo se otorgarán beneficios si el servicio es médicamente necesario según lo determine CareFirst BlueChoice.
- B. Servicios que sean Experimentales o que estén en Fase de Investigación o que no cumplan con las normas o prácticas médicas o psiquiátricas aceptadas vigentes al momento de prestar el servicio en cuestión, según lo determine CareFirst BlueChoice.
- C. El costo de servicios que:
  - 1. se presten sin cargo;
  - 2. se presten generalmente sin cargo a quienes no tengan la cobertura de seguro de salud; o
  - 3. se habrían proporcionado sin cargo si el Afiliado no hubiera estado cubierto por la Evidencia de Cobertura o algún seguro de salud.
- D. Servicios que no figuren como cubiertos en la Evidencia de Cobertura o que no cumplan con todas las demás condiciones y criterios de cobertura, según lo determine CareFirst BlueChoice. La derivación por un Médico de Atención Primaria o la prestación de servicios por parte de un Proveedor Contratado, por sí solas, no confieren a un Afiliado el derecho a acceder a los beneficios si los servicios no están cubiertos o por alguna otra razón no cumplen con las condiciones y los criterios de cobertura.
- E. Con excepción de los Servicios de Emergencia, de Atención de Urgencia y atención de seguimiento después de una cirugía de emergencia, no se brindarán beneficios de ningún servicio suministrado a un Afiliado por un Médico Fuera del Contrato o Proveedor Fuera del Contrato, a menos que se obtenga autorización previa por escrito de CareFirst BlueChoice.
- F. Servicios de rutina, paliativos o estéticos de los pies (salvo para afecciones que, según CareFirst BlueChoice, sean médicamente necesarias), incluso 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.
- G. Con excepción del tratamiento de Lesiones Producto de un Accidente o los beneficios de Cirugía Bucal descritos, los servicios de atención dental, incluso extracciones; tratamiento de caries; cuidado de las encías o los huesos que sostienen los dientes; tratamiento de abscesos periodontales; extracción de dientes retenidos; ortodoncia, salvo el tratamiento por labio leporino o paladar hendido; dientes postizos o cualquier otro insumo o servicio odontológico. Es posible que estos servicios estén cubiertos por una cláusula adicional que el Grupo haya comprado y adjuntado a la Evidencia de Cobertura.
- H. No se otorgarán beneficios por cirugía estética (excepto cuando se proporcionen beneficios específicamente para la cirugía reconstructiva y cirugía reconstructiva de mama) u otros servicios cuya finalidad principal sea la de corregir, cambiar o mejorar el aspecto físico.
- I. Tratamientos administrados por un proveedor de atención médica que sea miembro de la familia del Afiliado (padre, cónyuge, hermano, hijo).

- J. 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. No están cubiertos los medicamentos que pueden ser autoadministrados o que no necesitan ser administrados por un médico o estar bajo su supervisión, a pesar de que puedan ser dispensados o administrados en un consultorio médico o centro de un proveedor. Se pueden obtener beneficios por medicamentos con receta mediante una cláusula adicional que el Grupo haya comprado y adjuntado a la Evidencia de Cobertura.
- K. ningún producto biológico, medicamentos sin receta ni insumos descartables de venta libre, que sean obtenidos y autoadministrados habitualmente por el Afiliado, salvo lo indicado en la Descripción de los Servicios Incluidos. 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, anteojos sin receta, productos anticonceptivos o de planificación familiar, artículos de belleza y salud o cosméticos, artículos alimentarios 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 medicamentos de venta libre.
- L. Servicios para revertir un procedimiento de infertilidad voluntaria inducida en forma quirúrgica, incluida una reversión de esterilización.
- M. Cualquier tecnología de reproducción asistida (excepto la inseminación artificial y la inseminación intrauterina), incluso 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.
- N. Honorarios o cargos relacionados con programas de acondicionamiento físico, programas para bajar o controlar el peso, acondicionamiento físico, programas de rehabilitación pulmonar, programas de ejercicio físico y el uso de aparatos para ejercicios pasivos o accionados por el paciente.
- O. Tratamientos contra la obesidad, a excepción de los tratamientos quirúrgicos contra la Obesidad Mórbida.
- P. tratamientos médicos o quirúrgicos contra la miopía o la hipermetropía. No se proporciona cobertura para la queratotomía radial ni ninguna otra forma de queratoplastia refractiva.
- Q. servicios brindados como resultado de una derivación prohibida por ley;
- R. 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.
- S. 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.
- T. Servicios de acupuntura, salvo cuando lo apruebe o autorice CareFirst BlueChoice para usos anestésicos.

U. 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 de la salud.

V. La cobertura según la presente Descripción de los Servicios Incluidos no incluye el costo de servicios ni el pago de servicios por alguna 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;

W. Los cuidados de una enfermera privada.

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

1. consultas telefónicas, no presentarse a una cita programada, llenar formularios, cobrar fotocopias u otros servicios administrativos brindados por el profesional de atención médica o sus empleados; o
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 la presente Descripción de los Servicios Incluidos se pueden aplicar a los Servicios Cubiertos que un proveedor de atención médica brinde al Afiliado.

Y. Terapias educativas que busquen mejorar el desempeño académico.

Z. Rehabilitación vocacional y orientación laboral.

AA. Exámenes de rutina de la visión, marcos y lentes o lentes de contacto. Beneficios para exámenes de rutina de la visión, marcos y lentes de contacto mediante una cláusula adicional que su Grupo haya comprado y adjuntado a la Evidencia de Cobertura.

BB. Cuidado personal, de custodia o atención domiciliaria que se brinda para realizar las actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse, ir al baño y comer (cuidado que puede ser brindado por personas sin habilidades o formación médica profesional).

CC. 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;

DD. Tratamientos de problemas o disfunciones sexuales, incluso, entre otros, implantes quirúrgicos por impotencia y tratamientos médicos y psiquiátricos.

EE. Viajes (excepto los viajes aéreos médicamente necesarios, transporte y ambulancia terrestre, según lo determine CareFirst BlueChoice y que CareFirst BlueChoice apruebe los servicios enumerados en la sección Trasplantes de esta Descripción de los Servicios Incluidos).

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

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

10.2 Servicios de infertilidad. La cobertura de inseminación artificial (e inseminación intrauterina) no incluye lo siguiente:

A. Ningún costo asociado a la congelación, conservación o descongelación de esperma para intentos futuros o para otro uso.

B. Ningún cargo asociado a esperma donado.

C. Servicios de infertilidad que incluyen el uso de cualquier servicio de portador gestacional o sustitutivo.

D. Servicios de infertilidad cuando la infertilidad es resultado de procedimientos de esterilización quirúrgica masculina o femenina opcional, con o sin reversión.

E. Cualquier medicamento de fertilidad autoadministrado.

10.3 Trasplantes de órganos y tejidos. No se otorgarán beneficios en los siguientes casos:

A. Órganos que no sean humanos y su implantación.

B. Honorarios o cargos de profesionales u hospitales relacionados con condiciones médicas o lesiones accidentales del donante del material de trasplante.

C. Cargos de transporte, alojamiento y comida, a menos que los autorice o apruebe CareFirst BlueChoice.

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 incluyan como beneficios en la presente Descripción de los Servicios Incluidos.

10.4 Servicios hospitalarios para pacientes internados. La cobertura no incluye lo siguiente:

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 alquileres de televisores y teléfonos, comida para las visitas y servicio de lavandería.

C. Con excepción de los servicios de emergencia y parto cubiertos (incluidos los traslados entre hospitales para madres y recién nacidos como se indica en la Sección 2), una admisión al hospital o cualquier parte de una admisión hospitalaria que no haya sido autorizada o aprobada por CareFirst BlueChoice, independientemente de que los servicios sean médicamente necesarios o cumplan con todas las demás condiciones para la cobertura.

D. Los cuidados de una enfermera privada.

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

A. Cuidados de enfermería privada.

- B. Atención custodial.
- C. servicios en el hogar del Afiliado, si se encontrara fuera del Área de Servicios;

10.6 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. Servicios en el hogar del Afiliado, si se encontrara fuera del Área de Servicios.
- C. asesoramiento financiero y legal;
- D. Servicios para los cuales exista un programa de atención paliativa calificada que generalmente no represente gastos para el paciente o su familia.
- E. Quimioterapia o radioterapia, a menos que la terapia se utilice para el control de síntomas.
- F. 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.
- G. Reembolso por servicio voluntario.
- H. atención custodial y servicios domésticos;
- I. Comidas a domicilio o servicios de comida similares.
- J. Alquiler o compra de equipos e insumos para diálisis renal.
- K. Los cuidados de una enfermera privada.

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

- A. Exámenes psicológicos, a menos que sean Medicamente Necesarios, según lo establezca CareFirst BlueChoice, y adecuados 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. Retraso mental, después del diagnóstico.
- D. psicoanálisis.

10.8 Salud mental y sustancias para pacientes internados. Los siguientes servicios quedan excluidos:

- 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.

10.9 Servicios de atención de emergencia y de urgencia. No se incluyen beneficios para los siguientes casos:

- A. Atención de emergencia si el Afiliado hubiese podido prever la necesidad de atención antes de que se volviera una urgencia (por ejemplo, quimioterapia o diálisis en forma periódica).
- B. Servicios médicos proporcionados fuera del Área de Servicios que el Afiliado pudiera haber previsto antes de abandonar dicha Área.
- C. Cargos por servicios de Atención de Emergencia y de Urgencia proporcionados por un Proveedor fuera del Contrato después de que el Afiliado, en la medida de lo razonable, pudiera haberse trasladado hasta el Proveedor del Contrato más cercano.
- D. 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 presente Descripción de los Servicios Incluidos.

E. Excepto por la atención de seguimiento médicamente necesaria después de una cirugía de emergencia, los cargos por la atención de seguimiento recibida en el centro de atención de emergencia o urgencia fuera del área de servicios, a menos que CareFirst BlueChoice establezca que, en la medida de lo razonable, no era de esperarse que el afiliado regresara al área de servicios para recibir dicha atención.

F. Excepto por los servicios cubiertos de ambulancia, traslados, incluso el traslado necesario para regresar al área de servicios, ya sea o no recomendado por un Proveedor del Contrato.

G. El tratamiento recibido en un departamento de emergencias para tratar un problema de atención médica que no cumple con la definición de Servicios de Emergencias tal como se definen en la Sección 7 de la presente Descripción de los Servicios Incluidos.

10.10 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. Ningún 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, incluso las bicicletas fijas y demás aparatos para hacer ejercicio.
- D. Equipos institucionales. Ningún 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 P, 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.