

Horario de beneficios del Programa Perinatal del recién nacido

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
<p>Servicios hospitalarios para pacientes internos con problemas graves y pacientes internos en rehabilitación</p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios prestados por médicos o proveedores del hospital ▪ Habitación semi-privada y pensión (o habitación privada, si el médico encargado de la atención certifica que es imprescindible para preservar la salud) ▪ Atención general de enfermería ▪ Guardia especial de enfermería si se considera imprescindible para preservar la salud ▪ Unidad de cuidados intensivos y los servicios inherentes ▪ Comidas del paciente y dietas especiales ▪ Salas de operación, recuperación y otros tratamientos ▪ Anestesia y administración (componente técnico del centro) ▪ Apósitos esterilizados, bandejas, yesos, tablillas ▪ Medicamentos ▪ Sangre o derivados de la sangre y su administración que no se ofrezcan en forma gratuita al paciente ▪ Radiografías, imágenes y otros análisis radiológicos (componente técnico del establecimiento) ▪ Servicios de laboratorio y patología (componente técnico del establecimiento) ▪ Pruebas de diagnóstico con aparatos (electroencefalograma, electrocardiograma, etc.) ▪ Servicios de oxígeno y tratamiento por inhalación ▪ Radiación y quimioterapia ▪ Acceso a los centros perinatales de Nivel III (según clasificación del Departamento estatal de servicios médicos o DSHS) u hospitales con un grado de atención equivalente ▪ Servicios prestados en establecimientos de la red o externos a la red y servicios prestados por médicos para la madre y su hijo o hijos recién nacidos por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones o 96 horas después un parto por cesárea sin complicaciones. ▪ Servicios hospitalarios, de atención médica y otros servicios relacionados, tales como la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requiere autorización para la atención de casos que no constituyen una emergencia y la atención posterior a la estabilización de una afección de emergencia. ▪ Se requiere autorización para los servicios prestados en los establecimientos de la red o externos a la red y los servicios prestados por médicos para la madre y su hijo o hijos recién nacidos una vez transcurridas 48 horas luego de un parto vaginal sin complicaciones o 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. 	<p>Ninguno</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
<p>anestesia en tratamientos odontológicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantes quirúrgicos. ▪ Otros dispositivos, como por ejemplo, implantes colocados durante una operación ▪ Los servicios para pacientes internas en el caso de mastectomías y reconstrucción mamaria incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; ▪ cirugía y reconstrucción de la otra mama para asegurar la apariencia simétrica; y ▪ tratamiento de complicaciones físicas derivadas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. ▪ Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios de pacientes internos y externos y no se toman en cuenta para el período de 12 meses previsto para los equipos médicos no perecederos. ▪ Servicios de ortodoncia pre o posquirúrgicos para tratamientos de anomalías craneofaciales imprescindibles para preservar la salud, que requieran intervención quirúrgica y que se dispensen como parte de un plan de tratamiento claramente detallado de: <ul style="list-style-type: none"> - labio leporino o paladar hendido; o - desviaciones craneofaciales traumáticas graves, congénitas o esqueléticas; o - asimetría facial grave causada por defectos esqueléticos, síndromes congénitos, crecimiento tumoral o su tratamiento. 		
<p>Establecimientos de enfermería especializada (incluyen hospitales de rehabilitación)</p> <p>Entre los servicios incluidos se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitación semi-privada y pensión ▪ Servicios de enfermería habituales ▪ Servicios de rehabilitación ▪ Suministros médicos y utilización de aparatos y equipos proporcionados por el establecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requiere autorización e indicación médica ▪ 60 días por período de 12 meses. 	Ninguno
<p>Hospital para pacientes externos, hospital para la rehabilitación integral de pacientes externos, clínicas (incluso centros de atención médica) y centros de atención médica ambulatoria</p> <p>Los servicios comprenden, entre otros, los siguientes servicios prestados por un hospital clínico o una sala de emergencia, una clínica o un centro de atención médica, una sala de emergencia de un hospital o un centro de atención médica ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiografías, imágenes y análisis radiológicos (componente técnico) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es posible que se requiera autorización previa e indicación médica 	Ninguno

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de laboratorio y patologías (componente técnico) ▪ Análisis de diagnóstico con aparatos ▪ Servicios en establecimientos quirúrgicos ambulatorios ▪ Medicamentos ▪ Yesos, tablillas y apósitos ▪ Servicios de atención preventiva ▪ Terapia física, ocupacional y del habla ▪ Diálisis renal ▪ Servicios de tratamiento de las vías respiratorias ▪ Radiación y quimioterapia ▪ Sangre y derivados sanguíneos que no se proporcionan al paciente en forma gratuita, así como la administración de tales productos ▪ Servicios prestados en establecimientos y servicios médicos relacionados, tales como anestesia asociada con tratamientos odontológicos cuando se ofrece en un establecimiento autorizado de cirugía ambulatoria ▪ Implantes quirúrgicos. ▪ Otros dispositivos, como por ejemplo, implantes colocados durante una operación ▪ Los servicios para pacientes externas prestados en un centro de atención médica hospitalario y ambulatorio para pacientes de ese tipo en el caso de mastectomías y reconstrucción mamaria según corresponda desde el punto de vista clínico comprenden: <ul style="list-style-type: none"> - todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; - cirugía y reconstrucción de la otra mama para asegurar la apariencia simétrica; y - tratamiento de complicaciones físicas derivadas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. ▪ Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios de pacientes internos y externos y no se toman en cuenta para el período de 12 meses previsto para los equipos médicos no perecederos. ▪ Servicios de ortodoncia pre o posquirúrgicos para tratamientos de anomalías craneofaciales imprescindibles para preservar la salud, que requieran intervención quirúrgica y que se dispensen como parte de un plan de tratamiento claramente detallado de: <ul style="list-style-type: none"> - labio leporino o paladar hendido; o - desviaciones craneofaciales traumáticas graves, congénitas o esqueléticas; o - asimetría facial grave causada por defectos esqueléticos, síndromes congénitos, o crecimiento tumoral o su tratamiento. 		

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
<p>Servicios profesionales de médicos o ayudantes médicos</p> <p>Entre los servicios incluidos se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exámenes para niños y servicios de cuidado preventivo recomendados por la Academia de Pediatría de Estados Unidos (incluso, entre otros, los exámenes de la vista y la audición, y las inmunizaciones) ▪ Visitas al consultorio médico, servicios para pacientes internos y externos ▪ Servicios de laboratorio, radiografías, imágenes y patología, incluso el componente técnico o la interpretación del profesional ▪ Medicamentos y materiales administrados en el consultorio médico ▪ Detección de alergias, suero e inyecciones ▪ El componente profesional (pacientes internos y externos) de los servicios quirúrgicos, incluso lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Cirujanos y cirujanos adjuntos para los procedimientos quirúrgicos, incluso la atención de seguimiento correspondiente - Administración de anestesia por parte del médico (que no sea el cirujano) o por el enfermero anestesista certificado - Segunda opinión sobre la necesidad de una operación - Cirugía ambulatoria realizada en un hospital, sin pernoctación - Procedimientos de diagnóstico agresivos, como endoscopias ▪ Servicios médicos prestados en el hospital (incluidos los componentes técnicos y de interpretación a cargo del médico) ▪ Los servicios médicos y profesionales en el caso de mastectomías y reconstrucción mamaria comprenden: <ul style="list-style-type: none"> - todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; - cirugía y reconstrucción de la otra mama para asegurar la apariencia simétrica; y - tratamiento de complicaciones físicas derivadas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. ▪ Servicios prestados por médicos de la red y externos a la red a la madre y el hijo o hijos recién nacidos durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. ▪ Servicios imprescindibles para preservar la salud prestados por un médico para apoyar la atención odontológica brindada por un dentista a un afiliado de CHIP, tales como anestesia general o sedación intravenosa. ▪ Servicios de ortodoncia pre o posquirúrgicos para tratamientos de anomalías craneofaciales imprescindibles para preservar la salud, que requieran intervención 	<p>Es posible que se requiera autorización previa para servicios especiales</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
<p>quirúrgica y que se dispensen como parte de un plan de tratamiento claramente detallado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - labio leporino o paladar hendido; o - desviaciones craneofaciales traumáticas graves, congénitas o esqueléticas; o - asimetría facial grave causada por defectos esqueléticos, síndromes congénitos, o crecimiento tumoral o su tratamiento. 		
<p>Servicios prestados por una enfermera partera certificada o médico en un centro de maternidad habilitado.</p>	<p>Cubre los servicios prestados a un recién nacido inmediatamente después del parto.</p>	<p>Ninguno</p>
<p>Equipo médico no perecedero (DME, por su sigla en inglés), dispositivos protésicos y suministros médicos descartables</p> <p>Entre los servicios cubiertos se encuentran los equipos médicos no perecederos (equipos que resisten el uso repetido, que se utilizan principal y comúnmente para cumplir un objetivo médico; por lo general no son de utilidad si no existe una enfermedad, lesión o discapacidad, y son adecuados para uso en el hogar), incluidos los aparatos y suministros imprescindibles para preservar la salud y para efectuar una o más actividades de la vida diaria, y apropiados para colaborar con el tratamiento de una afección, incluso, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aparatos ortopédicos ▪ Aparatos odontológicos ▪ Dispositivos protésicos como ojos artificiales, miembros, aparatos ortopédicos y prótesis mamarias externas ▪ Gafas prostéticas y lentes de contacto para controlar afecciones oftalmológicas graves ▪ Audífonos ▪ Suministros médicos descartables utilizados en diagnósticos específicos, entre ellos, complementos nutricionales y leche de fórmula de especialidad recetados en diagnósticos determinados. (Consultar el adjunto A). 	<p>Es posible que se requiera autorización previa e indicación médica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Límite de \$20,000 por período de 12 meses para equipos médicos no perecederos, prótesis y suministros médicos descartables (los suministros y equipos para el tratamiento de la diabetes no se descuentan de este límite). 	<p>Ninguno</p>
<p>Servicios de atención médica en el domicilio y la comunidad</p> <p>Servicios prestados en el domicilio y en la comunidad, que comprenden, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infusiones administradas en el domicilio ▪ Tratamiento de las vías respiratorias ▪ Visitas de enfermeros particulares (enfermeras certificadas, auxiliares de enfermería certificados) ▪ Visitas de enfermeras especializadas, según se define en la atención médica domiciliaria (incluyen enfermeras certificadas o auxiliares de enfermería certificados) ▪ Asistente de atención médica domiciliaria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requiere autorización previa e indicación médica ▪ El propósito del servicio no es reemplazar a la persona encargada del cuidado del NIÑO ni aliviar su trabajo. ▪ Las visitas de las enfermeras especializadas son intermitentes y su fin no es brindar cobertura de enfermería las 24 horas. ▪ El propósito de los servicios no es reemplazar los servicios prestados durante las 24 horas a pacientes internos o los servicios brindados en residencias especializadas para ancianos. 	<p>Ninguno</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
<p>cuando se encuentra incluido en el plan de atención, dentro del plazo en que se han aprobado visitas de enfermeros especializados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia física, ocupacional y del habla. 		
<p>Servicios de salud mental para pacientes internos</p> <p>Servicios de salud mental, incluida la atención de los trastornos mentales graves, prestados en un hospital psiquiátrico independiente, unidades psiquiátricas de hospitales generales de cuidados intensivos y establecimientos administrados por el estado, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pruebas neuropsicológicas y psicológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requiere autorización previa para servicios que no sean de emergencia ▪ No se requiere remisión por parte del médico de atención primaria. ▪ Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes internos sean ordenados por un tribunal competente de conformidad con las disposiciones de los capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas en relación con internaciones en establecimientos psiquiátricos dispuestas por órganos judiciales, el decreto del tribunal sirve como determinante de que el tratamiento es necesario desde el punto de vista médico. Toda modificación o suspensión de servicios deberá presentarse al tribunal competente con el fin de recibir una resolución en el caso. 	Ninguno
<p>Servicios de salud mental para pacientes externos</p> <p>Servicios de salud mental, incluida la atención de los trastornos mentales graves, ofrecidos a pacientes externos, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las consultas pueden hacerse en una variedad de entornos comunitarios (incluidas la escuela y el hogar) o en uno de los centros administrados por el estado. ▪ Pruebas neuropsicológicas y psicológicas ▪ Administración de medicamentos ▪ Tratamientos diurnos de rehabilitación ▪ Servicios de tratamiento institucionales (hospitalización parcial o tratamiento ambulatorio de rehabilitación) ▪ Desarrollo de aptitudes (desarrollo de aptitudes psicoeducativas) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es posible que se requiera autorización previa. ▪ No se requiere remisión por parte del médico de atención primaria. ▪ Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes externos sean ordenados por un tribunal competente de conformidad con las disposiciones de los capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas en relación con internaciones en establecimientos psiquiátricos dispuestas por órganos judiciales, el decreto del tribunal sirve como determinante de que el tratamiento es necesario desde el punto de vista médico. Toda modificación o suspensión de servicios deberá presentarse al tribunal competente con el fin de recibir una resolución en el caso. ▪ En el Título 25, parte I, capítulo 412, subcapítulo G, sección 1, artículo 412.303(31) del Código Administrativo de Texas, el Departamento estatal de servicios médicos de Texas define lo que es un Proveedor calificado de salud mental: servicios comunitarios (QMHP-CS, por su sigla en inglés). Estos proveedores trabajan a través de una autoridad local de salud mental 	Ninguno

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
	<p>contratada por el Departamento estatal de servicios médicos o a través de una entidad independiente contratada por dicho Departamento. Son supervisados por un profesional de salud mental o médico licenciado y prestan servicios de conformidad con las pautas del Departamento estatal de servicios médicos. Dichos servicios incluyen desarrollo de aptitudes en forma individual o en grupo (los cuales pueden formar parte de tratamientos ambulatorios o en el hogar), educación del paciente y sus familiares, y servicios de intervención durante una crisis.</p>	
<p>Servicios de tratamiento para la farmacodependencia para pacientes internos</p> <p>Entre los servicios incluidos se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios institucionales y para pacientes internos de tratamiento de farmacodependencia, incluidos la desintoxicación y estabilización de crisis, así como los programas de rehabilitación institucional durante las 24 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requiere autorización previa para servicios que no sean de emergencia ▪ No se requiere remisión por parte del médico de atención primaria 	<p>Ninguno</p>
<p>Servicios de tratamiento para la farmacodependencia para pacientes externos</p> <p>Entre los servicios incluidos se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de prevención e intervención prestados por proveedores médicos y no médicos, tales como exámenes de detección, evaluación y remisión por trastornos de dependencia de sustancias químicas ▪ Servicios intensivos para pacientes externos ▪ Hospitalización parcial ▪ Los servicios intensivos para pacientes externos se definen como un servicio organizado no institucional que brinda tratamiento estructurado individual y grupal, servicios educativos y de desarrollo de aptitudes personales que se prestan durante por lo menos 10 horas semanales, por un período de cuatro a doce semanas, pero que no llegan a 24 horas diarias. ▪ El servicio de tratamiento para pacientes externos se define como aquel que se presta por lo menos durante una o dos horas semanales y que ofrece terapia estructurada individual y grupal, servicios educativos y desarrollo de aptitudes personales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es posible que se requiera autorización previa. ▪ No se requiere remisión por parte del médico de atención primaria. 	<p>Ninguno</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
<p>Servicios de rehabilitación</p> <p>Entre los servicios de habilitación (proveer los medios para que el niño alcance las metas de desarrollo apropiadas mediante terapias o tratamientos) y los servicios de rehabilitación se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia física, ocupacional y del habla ▪ Evaluación del desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requiere autorización previa e indicación médica 	<p>Ninguno</p>
<p>Servicios de cuidados paliativos</p> <p>Entre los servicios incluidos se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados paliativos, incluidos servicios médicos y de apoyo, para los niños con una expectativa máxima de vida de seis meses, para contribuir a la comodidad de los pacientes durante sus últimos meses y semanas de vida. ▪ Los servicios de tratamiento, incluso el tratamiento relacionado con enfermedades terminales, no se verá afectado al elegir los servicios de cuidados paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requiere autorización e indicación médica ▪ Los servicios se aplican a los diagnósticos terminales. ▪ Hasta un máximo de 120 días con una expectativa de vida de 6 meses. ▪ Los pacientes que elijan los servicios de cuidados paliativos pueden anular dicha decisión en cualquier momento. 	<p>Ninguno</p>
<p>Servicios de emergencia, como hospitales y médicos de emergencia, y servicio de ambulancia</p> <p>El plan de salud no puede exigir una autorización como condición de pago de enfermedades de emergencia o partos.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios prestados en relación con lo que una persona prudente definiría como una afección de emergencia. ▪ Sala de emergencia del hospital y servicios secundarios, y los servicios de un médico las 24 horas, pertenezcan o no a la red ▪ Exámenes médicos de detección ▪ Servicios de estabilización ▪ Acceso a los centros de traumatismos de Nivel I y Nivel II, según la clasificación de DSHS, o a hospitales con un grado equivalente de atención de emergencias ▪ Transporte terrestre, aéreo y acuático de emergencia ▪ Servicios odontológicos de emergencia, que se limitan a maxilar fracturado o dislocado, daños traumáticos en piezas dentales y extirpación de quistes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es posible que se requiera autorización para los servicios prestados con posterioridad a la estabilización 	<p>Ninguno</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
<p>Trasplantes</p> <p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De acuerdo con las pautas actualizadas de la Administración de Alimentos y Fármacos de los EE. UU., todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos sin carácter experimental y toda forma de trasplante de córnea, médula y células progenitoras periféricas, incluso los gastos médicos del donante. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requiere autorización. 	<p>Ninguno</p>
<p>Beneficios oftalmológicos</p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un examen de vista para determinar si es necesaria la prescripción de lentes correctivos por cada período de 12 meses, sin necesidad de autorización ▪ Un par de lentes no protésicos por cada período de 12 meses 	<p>El plan de salud podrá razonablemente limitar el costo de los lentes o armazones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requiere autorización para los lentes de protección o de policarbonato cuando son imprescindibles para preservar la salud como parte de un plan de tratamiento para enfermedades de la visión cubiertas. 	<p>Ninguno</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos no requieren indicación médica y se limitan a los casos de subluxación vertebral</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se requiere autorización para doce visitas al consultorio por período de 12 meses (independientemente de la cantidad de servicios o modalidades prestadas en una consulta) ▪ No requiere autorización para visitas adicionales. 	<p>Ninguno</p>
<p>Programa para dejar de fumar</p> <p>Cobertura de hasta \$100 por período de 12 meses programas aprobados por el plan</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es posible que se requiera autorización ▪ El plan de salud definirá cuáles son los programas aprobados. ▪ Podrá ser necesario completar formularios. 	<p>Ninguno</p>
<p>Servicios de administración y coordinación de casos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los servicios incluyen programas de divulgación e información, la administración de casos, la coordinación de casos y las recomendaciones dentro de la comunidad. 	<p>Ninguno</p>

EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS PARA RECIÉN NACIDOS DENTRO DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL

La totalidad de las siguientes exclusiones concuerdan con las del programa CHIP.

- Tratamientos de infertilidad de pacientes internos o externos, o servicios de reproducción, excepto la atención del embarazo y el parto, y asistencia en caso de enfermedades o anomalías vinculadas con el sistema reproductivo.
- Medicamentos anticonceptivos recetados únicamente con el objetivo de la atención médica primaria y preventiva de la reproducción (es decir, no pueden recetarse a efectos de planificación familiar).
- Productos para comodidad personal, por ejemplo, el paquete de cuidado personal que se proporciona al ingresar el paciente interno, teléfono, televisión, fotografías del recién nacido, comidas para los acompañantes del paciente y demás artículos que no son necesarios para el tratamiento específico de una enfermedad o dolencia.
- Procedimientos médicos, quirúrgicos o de otra índole para fines experimentales o de investigación, o servicios que normalmente no se emplean ni cuentan con el reconocimiento de la comunidad médica. Esta exclusión es una decisión adversa y puede someterse a revisión por parte de una organización de revisión independiente (conforme la descripción en D, "Revisión externa por parte de una organización de revisión independiente").
- Tratamiento o evaluaciones requeridos por terceros, como escuelas, empleadores, autorizaciones de vuelo, campamentos, seguros o tribunales, entre otros.
- Servicios particulares de enfermería en el caso de pacientes internos o cuando se realizan en una residencia para ancianos especializada.
- Dispositivos mecánicos para reemplazo de órganos, como corazones artificiales, entre otros.
- Servicios y suministros de hospital en casos de internación, con fines de diagnóstico exclusivamente, a menos que el plan de salud autorice previamente lo contrario.
- Exámenes de próstata y mamografías.
- Cirugía optativa para corregir la visión.
- Intervenciones gástricas para adelgazamiento.
- Cirugía plástica y servicios con fines puramente estéticos.
- Aparatos odontológicos con fines únicamente estéticos.
- Servicios recibidos fuera de la red sin autorización del plan de salud, con excepción de la atención de emergencia y los servicios médicos prestados a una madre y su hijo o hijos recién nacidos, por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.
- Servicios, suministros, sustitutos de comidas o suplementos que se proporcionen para control de peso o para tratamiento de la obesidad, con excepción del tratamiento de la obesidad patológica que forme parte de un plan de tratamiento aprobado por el plan de salud.
- Medicamentos recetados para subir o bajar de peso.
- Servicios de acupuntura, naturoterapia e hipnoterapia.
- Inmunizaciones administradas con el único fin de viajar al exterior.
- Cuidado de rutina de los pies, como tratamiento higiénico (no incluye el tratamiento de lesiones o de complicaciones debido a la diabetes).
- Diagnóstico y tratamiento de pie plano, débil o con distensión muscular, y el corte o eliminación de callos y uñas (esto no rige en los casos en que se deben quitar las raíces de las uñas o efectuar tratamientos quirúrgicos por afecciones existentes bajo los callos o las uñas encarnadas).
- Cambio o reparación de aparatos prostéticos y equipos médicos no perecederos, debido a mal uso, abuso o pérdida, si esto queda confirmado por el afiliado o el proveedor.
- Zapatos ortopédicos correctivos.
- Artículos para la comodidad.
- Medicamentos sin receta.
- Dispositivos ortopédicos utilizados para fines deportivos o recreativos.
- Atención de pacientes recluidos (atención que recibe el niño en las actividades diarias que generalmente hace por sí mismo o con ayuda de uno de los padres, como asistencia para caminar, levantarse y acostarse, bañarse, vestirse, comer, ir al baño, preparación de dietas especiales y supervisión de los medicamentos. Este tipo de asistencia no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado). Esta exclusión no se aplicará a cuidados paliativos.
- Tareas de la casa.
- No se incluyen los servicios y la atención médica de afecciones en establecimientos públicos que, según la ley federal, estatal o local, deben recibirse en un centro público ni tampoco la atención recibida durante reclusión dispuesta por autoridades legales.

- Servicios o suministros provistos por el personal de enfermería, pero que no requieren experiencia ni capacitación de enfermería.
- Capacitación visual y terapia de la visión.
- El reembolso por terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla realizadas en la escuela no estará cubierto, excepto cuando estén indicadas por un médico o médico de atención primaria.
- Gastos de índole no médica del donante.
- Los gastos ocasionados a un donante de órganos si el receptor no goza de la cobertura de este plan de salud. La cobertura fuera de los EE. UU. y de los territorios estadounidenses (incluso Puerto Rico, las Islas Vírgenes Estadounidenses, las Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Americana).