



CHIP Schedule of Benefits

Covered Benefit	Limitations	Co-payments*
<p>Inpatient General Acute and Inpatient Rehabilitation Hospital Services</p> <p>Services include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital-provided Physician or Provider services ▪ Semi-private room and board (or private if medically necessary as certified by attending) ▪ General nursing care ▪ Special duty nursing when medically necessary ▪ ICU and services ▪ Patient meals and special diets ▪ Operating, recovery and other treatment rooms ▪ Anesthesia and administration (facility technical component) ▪ Surgical dressings, trays, casts, splints ▪ Drugs, medications and biologicals ▪ Blood or blood products that are not provided free-of-charge to the patient and their administration ▪ X-rays, imaging and other radiological tests (facility technical component) ▪ Laboratory and pathology services (facility technical component) ▪ Machine diagnostic tests (EEGs, EKGs, etc.) ▪ Oxygen services and inhalation therapy ▪ Radiation and chemotherapy ▪ Access to DSHS-designated Level III perinatal centers or Hospitals meeting equivalent levels of care ▪ In-network or out-of-network facility and Physician services for a mother and her newborn(s) for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section. ▪ Hospital, physician and related medical services, such as anesthesia, associated with dental care. ▪ Inpatient services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero.) Inpatient services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"> - dilation and curettage (D&C) procedures; - appropriate provider-administered medications; - ultrasounds; and - histological examination of tissue 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requires authorization for non-Emergency Care and care following stabilization of an Emergency Condition. ▪ Requires authorization for in-network or out-of-network facility and Physician services for a mother and her newborn(s) after 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and after 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section. 	<p>Applicable level of inpatient copay applies.</p>

Covered Benefit	Limitations	Co-payments*
<p>samples.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pre-surgical or post-surgical orthodontic services for medically necessary treatment of craniofacial anomalies requiring surgical intervention and delivered as part of a proposed and clearly outlined treatment plan to treat: <ul style="list-style-type: none"> - cleft lip and/or palate; or - severe traumatic, skeletal and/or congenital craniofacial deviations; or - severe facial asymmetry secondary to skeletal defects, congenital syndromal conditions and/or tumor growth or its treatment. ▪ Surgical implants ▪ Other artificial aids including surgical implants ▪ Inpatient services for a mastectomy and breast reconstruction include: <ul style="list-style-type: none"> - all stages of reconstruction on the affected breast; - surgery and reconstruction on the other breast to produce symmetrical appearance; and - treatment of physical complications from the mastectomy and treatment of lymphedemas. ▪ Implantable devices are covered under Inpatient and Outpatient services and do not count towards the DME 12 month period limit 		

Covered Benefit	Limitations	Co-payments*
<p>Skilled Nursing Facilities (Includes Rehabilitation Hospitals)</p> <p>Services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Semi-private room and board ▪ Regular nursing services ▪ Rehabilitation services ▪ Medical supplies and use of appliances and equipment furnished by the facility 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requires authorization and physician prescription. ▪ 60 days per 12-month period limit. 	<p>None</p>
<p>Outpatient Hospital, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Hospital, Clinic (Including Health Center) and Ambulatory Health Care Center</p> <p>Services include, but are not limited to, the following services provided in a hospital clinic or emergency room, a clinic or health center, hospital-based emergency department or an ambulatory health care setting:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ X-ray, imaging, and radiological tests (technical component) ▪ Laboratory and pathology services (technical component) ▪ Machine diagnostic tests ▪ Ambulatory surgical facility services ▪ Drugs, medications and biologicals ▪ Casts, splints, dressings ▪ Preventive health services ▪ Physical, occupational and speech therapy ▪ Renal dialysis ▪ Respiratory services ▪ Radiation and chemotherapy ▪ Blood or blood products that are not provided free-of-charge to the patient and the administration of these products ▪ Facility and related medical services, such as anesthesia, associated with dental care, when provided in a licensed ambulatory surgical facility. ▪ Outpatient services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero). Outpatient services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"> - dilation and curettage (D&C) procedures; - appropriate provider-administered medications; - ultrasounds; and - histological examination of tissue samples. ▪ Pre-surgical or post-surgical orthodontic services for medically necessary treatment of craniofacial anomalies requiring surgical intervention and delivered as part of a proposed and clearly outlined treatment plan to treat: <ul style="list-style-type: none"> - cleft lip and/or palate; or 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ May require prior authorization and physician prescription. 	<p>Applicable level of copay applies.</p> <p>Applicable level of copay applies to generic and brand name drug.</p>

Covered Benefit	Limitations	Co-payments*
<ul style="list-style-type: none"> - severe traumatic, skeletal and/or congenital craniofacial deviations; or - severe facial asymmetry secondary to skeletal defects, congenital syndromal conditions and/or tumor growth or its treatment. ▪ Surgical implants ▪ Other artificial aids including surgical implants ▪ Outpatient services provided at an outpatient hospital and ambulatory health care center for a mastectomy and breast reconstruction as clinically appropriate, include: <ul style="list-style-type: none"> - all stages of reconstruction on the affected breast; - surgery and reconstruction on the other breast to produce symmetrical appearance; and - treatment of physical complications from the mastectomy and treatment of lymphedemas. ▪ Implantable devices are covered under Inpatient and Outpatient services and do not count towards the DME 12 month period limit 		
<p>Physician/Physician Extender Professional Services</p> <p>Services include, but are not limited to the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ American Academy of Pediatrics recommended well-child exams and preventive health services (including but not limited to vision and hearing screening and immunizations) ▪ Physician office visits, in-patient and outpatient services ▪ Laboratory, x-rays, imaging and pathology services, including technical component and/or professional interpretation ▪ Medications, biologicals and materials administered in Physician's office ▪ Allergy testing, serum and injections ▪ Professional component (in/outpatient) of surgical services, including: <ul style="list-style-type: none"> - Surgeons and assistant surgeons for surgical procedures including appropriate follow-up care - Administration of anesthesia by Physician (other than surgeon) or CRNA - Second surgical opinions - Same-day surgery performed in a Hospital without an over-night stay - Invasive diagnostic procedures such as endoscopic examinations ▪ Hospital-based Physician services (including Physician-performed technical and interpretive components) ▪ Physician and professional services for a 	<p>May require authorization for specialty services.</p>	<p>Applicable level of copay applies.</p>

Covered Benefit	Limitations	Co-payments*
<p>mastectomy and breast reconstruction include:</p> <ul style="list-style-type: none"> - all stages of reconstruction on the affected breast; - surgery and reconstruction on the other breast to produce symmetrical appearance; and - treatment of physical complications from the mastectomy and treatment of lymphedemas. <ul style="list-style-type: none"> ▪ In-network and out-of-network Physician services for a mother and her newborn(s) for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section. ▪ Physician services medically necessary to support a dentist providing dental services to a CHIP member such as general anesthesia or intravenous (IV) sedation. ▪ Physician services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero). Physician services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"> - dilation and curettage (D&C) procedures; - appropriate provider-administered medications; - ultrasounds; and - histological examination of tissue samples. ▪ Pre-surgical or post-surgical orthodontic services for medically necessary treatment of craniofacial anomalies requiring surgical intervention and delivered as part of a proposed and clearly outlined treatment plan to treat: <ul style="list-style-type: none"> - cleft lip and/or palate; or - severe traumatic, skeletal and/or congenital craniofacial deviations; or - severe facial asymmetry secondary to skeletal defects, congenital syndromal conditions and/or tumor growth or its treatment. 		
Birthing Center Services	Covers birthing services provided by a licensed birthing center. Limited to facility services (e.g., labor and delivery)	None
Services rendered by a Certified Nurse Midwife or physician in a licensed birthing center.	Covers prenatal, birthing, and postpartum services rendered in a licensed birthing center.	None

Covered Benefit	Limitations	Co-payments*
<p>Durable Medical Equipment (DME), Prosthetic Devices and Disposable Medical Supplies</p> <p>Covered services include DME (equipment that can withstand repeated use and is primarily and customarily used to serve a medical purpose, generally is not useful to a person in the absence of Illness, Injury, or Disability, and is appropriate for use in the home), including devices and supplies that are medically necessary and necessary for one or more activities of daily living and appropriate to assist in the treatment of a medical condition, including but not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orthotic braces and orthotics ▪ Dental Devices ▪ Prosthetic devices such as artificial eyes, limbs, braces, and external breast prostheses ▪ Prosthetic eyeglasses and contact lenses for the management of severe ophthalmologic disease ▪ Other artificial aids including surgical implants ▪ Hearing aids ▪ Implantable devices are covered under Inpatient and Outpatient services and do not count towards the DME 12-month period limit. ▪ Diagnosis-specific disposable medical supplies, including diagnosis-specific prescribed specialty formula and dietary supplements. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ May require prior authorization and physician prescription. ▪ \$20,000 per 12-month period limit for DME, prosthetics, devices and disposable medical supplies (implantable devices, diabetic supplies and equipment are not counted against this cap). 	None
<p>Home and Community Health Services</p> <p>Services that are provided in the home and community, including, but not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Home infusion ▪ Respiratory therapy ▪ Visits for private duty nursing (R.N., L.V.N.) ▪ Skilled nursing visits as defined for home health purposes (may include R.N. or L.V.N.). ▪ Home health aide when included as part of a plan of care during a period that skilled visits have been approved. ▪ Speech, physical and occupational therapies. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requires prior authorization and physician prescription. ▪ Services are not intended to replace the CHILD'S caretaker or to provide relief for the caretaker. ▪ Skilled nursing visits are provided on intermittent level and not intended to provide 24-hour skilled nursing services. ▪ Services are not intended to replace 24-hour inpatient or skilled nursing facility services 	None

Covered Benefit	Limitations	Co-payments*
<p>Inpatient Mental Health Services</p> <p>Mental health services, including for serious mental illness, furnished in a free-standing psychiatric hospital, psychiatric units of general acute care hospitals and state operated facilities, including but not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neuropsychological and psychological testing. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requires prior authorization for non-emergency services. ▪ Does not require PCP referral. ▪ When inpatient psychiatric services are ordered by a court of competent jurisdiction under the provisions of Chapters 573 and 574 of the Texas Health and Safety Code, relating to court ordered commitments to psychiatric facilities, the court order serves as binding determination of medical necessity. Any modification or termination of services must be presented to the court with jurisdiction over the matter for determination. 	<p>Applicable level of inpatient copay applies.</p>
<p>Outpatient Mental Health Services</p> <p>Mental health services, including for serious mental illness, provided on an outpatient basis, including, but not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ The visits can be furnished in a variety of community-based settings (including school and home-based) or in a state-operated facility ▪ Neuropsychological and psychological testing. ▪ Medication management ▪ Rehabilitative day treatments ▪ Residential treatment services ▪ Sub-acute outpatient services (partial hospitalization or rehabilitative day treatment) ▪ Skills training (psycho-educational skill development) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ May require prior authorization. ▪ Does not require PCP referral. ▪ When outpatient psychiatric services are ordered by a court of competent jurisdiction under the provisions of Chapters 573 and 574 of the Texas Health and Safety Code, relating to court ordered commitments to psychiatric facilities, the court order serves as binding determination of medical necessity. Any modification or termination of services must be presented to the court with jurisdiction over the matter for determination. ▪ A Qualified Mental Health Provider – Community Services (QMHP-CS), is defined by the Texas Department of State Health Services (DSHS) in Title 25 T.A.C., Part I, Chapter 412, Subchapter G, Division 1), §412.303(48). QMHP-CSs shall be providers working through a DSHS-contracted Local Mental Health Authority or a separate DSHS-contracted entity. QMHP-CSs shall be supervised by a licensed mental health professional or physician and provide services in accordance with DSHS standards. Those services include individual and group skills training (that can be components of interventions such as day treatment and in-home services), patient and family education, and crisis services. 	<p>Applicable level of copay applies.</p>

Covered Benefit	Limitations	Co-payments*
<p>Inpatient Substance Abuse Treatment Services</p> <p>Inpatient substance abuse treatment services include, but are not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inpatient and residential substance abuse treatment services including detoxification and crisis stabilization, and 24-hour residential rehabilitation programs. ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requires prior authorization for non-emergency services. ▪ Does not require PCP referral. 	<p>Applicable level of copay applies.</p>
<p>Outpatient Substance Abuse Treatment Services</p> <p>Outpatient substance abuse treatment services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevention and intervention services that are provided by physician and non-physician providers, such as screening, assessment and referral for chemical dependency disorders. ▪ Intensive outpatient services ▪ Partial hospitalization ▪ Intensive outpatient services is defined as an organized non-residential service providing structured group and individual therapy, educational services, and life skills training that consists of at least 10 hours per week for four to 12 weeks, but less than 24 hours per day. ▪ Outpatient treatment service is defined as consisting of at least one to two hours per week providing structured group and individual therapy, educational services, and life skills training. ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ May require prior authorization. ▪ Does not require PCP referral. 	<p>Applicable level of copay applies.</p>
<p>Rehabilitation Services</p> <p>Habilitation (the process of supplying a child with the means to reach age-appropriate developmental milestones through therapy or treatment) and rehabilitation services include, but are not limited to the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Physical, occupational and speech therapy ▪ Developmental assessment 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requires prior authorization and physician prescription. 	<p>None</p>
<p>Hospice Care Services</p> <p>Services include, but are not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Palliative care, including medical and support services, for those children who have six months or less to live, to keep patients comfortable during the last weeks and months before death ▪ Treatment services, including treatment related to the terminal illness, are unaffected by electing hospice care services. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requires authorization and physician prescription. ▪ Services apply to the hospice diagnosis. ▪ Up to a maximum of 120 days with a 6 month life expectancy. ▪ Patients electing hospice services may cancel this election at anytime. 	<p>None</p>

Covered Benefit	Limitations	Co-payments*
<p>Emergency Services, including Emergency Hospitals, Physicians, and Ambulance Services</p> <p>Health Plan cannot require authorization as a condition for payment for Emergency Conditions or labor and delivery. Covered services include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emergency services based on prudent lay person definition of emergency health condition ▪ Hospital emergency department room and ancillary services and physician services 24 hours a day, 7 days a week, both by in-network and out-of-network providers ▪ Medical screening examination ▪ Stabilization services ▪ Access to DSHS designated Level 1 and Level II trauma centers or hospitals meeting equivalent levels of care for emergency services ▪ Emergency ground, air and water transportation ▪ Emergency dental services, limited to fractured or dislocated jaw, traumatic damage to teeth, and removal of cysts 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ May require authorization for post-stabilization services. 	<p>Applicable level of copay applies for non-emergency.</p>
<p>Transplants</p> <p>Covered services include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Using up-to-date FDA guidelines, all non-experimental human organ and tissue transplants and all forms of non-experimental corneal, bone marrow and peripheral stem cell transplants, including donor medical expenses. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requires authorization. 	<p>None</p>
<p>Vision Benefit</p> <p>Covered services include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ One examination of the eyes to determine the need for and prescription for corrective lenses per 12-month period, without authorization ▪ One pair of non-prosthetic eyewear per 12-month period 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The health plan may reasonably limit the cost of the frames/lenses. ▪ Requires authorization for protective and polycarbonate lenses when medically necessary as part of a treatment plan for covered diseases of the eye. 	<p>Applicable level of copay applies for office visits.</p>
<p>Chiropractic Services</p> <p>Covered services do not require physician prescription and are limited to spinal subluxation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Does not require authorization for twelve visits per 12-month period limit (regardless of number of services or modalities provided in one visit). ▪ Requires authorization for additional visits. 	<p>Applicable level of copay applies for office visit.</p>

Covered Benefit	Limitations	Co-payments*
<p>Tobacco Cessation Program</p> <p>Covered up to \$100 for a 12- month period limit for a plan- approved program</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ May require authorization. ▪ Health Plan defines plan-approved program. ▪ May be subject to formulary requirements. 	<p>None</p>

* Co-payments do not apply to preventive services or pregnancy-related assistance.

EXCLUSIONS

Inpatient and outpatient infertility treatments or reproductive services other than prenatal care, labor and delivery, and care related to disease, illnesses, or abnormalities related to the reproductive system..

- Contraceptive medications prescribed only for the purpose of primary and preventive reproductive health care (i.e. cannot be prescribed for family planning).
- Personal comfort items including but not limited to personal care kits provided on inpatient admission, telephone, television, newborn infant photographs, meals for guests of patient, and other articles that are not required for the specific treatment of sickness or injury.
- Experimental and/or investigational medical, surgical or other health care procedures or services that are not generally employed or recognized within the medical community. This exclusion is an adverse determination and is eligible for review by an Independent Review Organization (as described in D, "External Review by Independent Review Organization").
- Treatment or evaluations required by third parties including, but not limited to, those for schools, employment, flight clearance, camps, insurance or court.
- Dental devices solely for cosmetic purposes.
- Private duty nursing services when performed on an inpatient basis or in a skilled nursing facility.
- Mechanical organ replacement devices including, but not limited to artificial heart.
- Hospital services and supplies when confinement is solely for diagnostic testing purposes, unless otherwise pre-authorized by Health Plan.
- Prostate and mammography screening.
- Elective surgery to correct vision.
- Gastric procedures for weight loss.
- Cosmetic surgery/services solely for cosmetic purposes.
- Out-of-network services not authorized by the Health Plan except for emergency care and physician services for a mother and her newborn(s) for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section.
- Services, supplies, meal replacements or supplements provided for weight control or the treatment of obesity, except for the services associated with the treatment for morbid obesity as part of a treatment plan approved by the Health Plan
- Medications prescribed for weight loss or gain.
- Acupuncture services, naturopathy and hypnotherapy.
- Immunizations solely for foreign travel.
- Routine foot care such as hygienic care (routine foot care does not include treatment injury or complications of diabetes).
- Diagnosis and treatment of weak, strained, or flat feet and the cutting or removal of corns, calluses and toenails (this does not apply to the removal of nail roots or surgical treatment of conditions underlying corns, calluses or ingrown toenails).
- Replacement or repair of prosthetic devices and durable medical equipment due to misuse, abuse or loss when confirmed by the Member or the vendor.
- Corrective orthopedic shoes.
- Convenience items.
- Over-the-counter medications.
- Orthotics primarily used for athletic or recreational purposes.
- Custodial care (care that assists a child with the activities of daily living, such as assistance in walking, getting in and out of bed, bathing, dressing, feeding, toileting, special diet preparation, and medication supervision that is usually self-administered or provided by a parent. This care does not require the continuing attention of trained medical or paramedical personnel.) This exclusion does not apply to hospice services.
- Housekeeping.
- Public facility services and care for conditions that federal, state, or local law requires be provided in a public facility or care provided while in the custody of legal authorities.
- Services or supplies received from a nurse, that do not require the skill and training of a nurse.
- Vision training and vision therapy.
- Reimbursement for school-based physical therapy, occupational therapy, or speech therapy services are not covered except when ordered by a Physician/PCP.
- Donor non-medical expenses.
- Charges incurred as a donor of an organ when the recipient is not covered under this health plan.
- Coverage while traveling outside of the United States and U.S. Territories (including Puerto Rico, U.S. Virgin Islands, Commonwealth of Northern Mariana Islands, Guam, and American Samoa).



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 anestesia en tratamientos odontológicos. ▪ Servicios para pacientes internas relacionados con (a) abortos espontáneos o 	<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>Se aplica el nivel de copago para pacientes internos que corresponda.</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos*
<p>(b) embarazos no viables (embarazo molar, ectópico o muerte fetal intrauterina). Los servicios para pacientes internas asociados con abortos espontáneos o embarazos no viables comprenden, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - procedimientos de dilatación y legrado (D&C, por su sigla en inglés); - medicación adecuada administrada por los proveedores; - ecografías; y - análisis histológico de muestras tisulares. <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <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. 		
<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

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos*
<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) ▪ 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. ▪ Servicios para pacientes externas relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, ectópico o muerte fetal intrauterina). Los servicios para pacientes externas asociados con abortos espontáneos o embarazos no viables incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> - procedimientos de dilatación y legrado (D&C, por su sigla en inglés); - medicación adecuada administrada por los proveedores; - ecografías; y - análisis histológico de muestras tisulares. ▪ 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; <p>o</p> <ul style="list-style-type: none"> - asimetría facial grave causada por defectos esqueléticos, síndromes congénitos, o crecimiento tumoral o su 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es posible que se requiera autorización previa e indicación médica. 	<p>Se aplica el nivel de copago que corresponda.</p> <p>Se aplicará el nivel de copago que corresponda para el medicamento genérico y de marca comercial.</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos*
<p>tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 		
<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: 	<p>Es posible que se requiera autorización previa para servicios especiales.</p>	<p>Se aplica el nivel de copago que corresponda.</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos*
<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 médicos relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, ectópico o muerte fetal intrauterina). Los servicios médicos asociados con abortos espontáneos o embarazos no viables incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> - procedimientos de dilatación y legrado (D&C, por su sigla en inglés); - medicación adecuada administrada por los proveedores; - ecografías; y - análisis histológico de muestras tisulares. ▪ 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*
Servicios del centro de maternidad	Cubre servicios de maternidad prestados por un centro de maternidad habilitado. Limitado a servicios en el establecimiento (por ej., trabajo de parto y parto)	Ninguno
Servicios prestados por una enfermera partera certificada o médico en un centro de maternidad habilitado.	Cubre servicios prenatales, de maternidad y posparto, prestados en un centro de maternidad habilitado.	Ninguno.
Equipo médico no perecedero (DME, por su sigla en inglés), dispositivos protésicos y suministros médicos descartables 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: <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 ▪ Otros dispositivos, como por ejemplo, implantes colocados durante una operación ▪ Audífonos ▪ 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. ▪ Suministros médicos descartables utilizados en diagnósticos específicos, entre ellos, complementos nutricionales y leche de fórmula de especialidad recetados en diagnósticos determinados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es posible que se requiera autorización previa e indicación médica. ▪ Límite de \$20,000 por período de 12 meses para equipos médicos no perecederos, prótesis, dispositivos y suministros médicos descartables (los dispositivos implantables, suministros y equipos para el tratamiento de la diabetes no se descuentan de este límite). 	Ninguno

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos*
<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 cuando se encuentra incluido en el plan de atención, dentro del plazo en que se han aprobado visitas de enfermeros especializados. ▪ Terapia física, ocupacional y del habla. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requiere autorización previa e indicación médica. ▪ La finalidad del servicio no es reemplazar a la persona encargada del cuidado del NIÑO ni aliviar su trabajo. ▪ Las visitas de las enfermeras especializada son intermitentes y su fin no es brindar cobertura de enfermería las 24 horas. ▪ La finalidad 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>
<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. 	<p>Se aplica el nivel de copago para pacientes internos que corresponda.</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos*
<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 ▪ Servicios para pacientes externos con afecciones moderadas (hospitalización parcial o tratamientos diurnos 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(48) 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 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>Se aplica el nivel de copago que corresponda.</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos*
<p>Servicios de tratamiento para la farmacodependencia para pacientes internos</p> <p>Los servicios de tratamiento para la farmacodependencia para pacientes internos incluyen, entre otros:</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>Se aplica el nivel de copago que corresponda.</p>
<p>Servicios de tratamiento para la farmacodependencia para pacientes externos</p> <p>Los servicios de tratamiento para la farmacodependencia para pacientes externos incluyen, entre otros, 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>Se aplica el nivel de copago que corresponda.</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:</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>Se aplica el nivel de copago que corresponda a servicios que no sean de emergencia.</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos*
<p>Trasplantes</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</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 cubiertos 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de salud podrá razonablemente limitar el costo de los lentes o armazones. ▪ 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 oculares cubiertas. 	<p>Se aplica el nivel de copago que corresponda a las visitas al consultorio.</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). ▪ Se requiere autorización para realizar visitas adicionales. 	<p>Se aplica el nivel de copago que corresponda a las visitas al consultorio.</p>
<p>Programa para dejar de fumar</p> <p>Cobertura de hasta \$100 por período de 12 meses para 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>

* Los copagos no se aplican a los servicios preventivos o la asistencia relacionada con el embarazo.

EXCLUSIONES

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 anormalidades 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.
- Aparatos odontológicos con fines únicamente estéticos.
- 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.
- 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 los servicios de cuidados paliativos.
- Tareas de la casa.
- Servicios y atención prestados por establecimientos públicos para enfermedades que, según la ley federal, estatal o local, deben recibirse en un centro público, o 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).