

University of California—Estensione

Lingua inglese e Programmi di istruzione internazionale

RIEPILOGO DEL PIANO ASSICURATIVO SANITARIO 2017

Questo documento contiene una breve descrizione del Piano assicurativo sanitario per studenti. L'estensione del piano assicurativo sanitario della University of California è disponibile per studenti e persone a carico. Il piano è sottoscritto da Aetna Life Insurance Company (Aetna). Le disposizioni esatte che governano questo piano assicurativo sono contenute nel documento Polizza Principale, collegato all'estensione del piano assicurativo sanitario della University of California e possono essere consultate online all'indirizzo: www.aetnastudenthealth.com. In caso di qualsiasi discrepanza tra il presente Riepilogo delle prestazioni e il documento Polizza Principale, la gestione e il controllo dell'erogazione delle prestazioni saranno svolti secondo le disposizioni del documento Polizza Principale.

Informazioni sulla Polizza

Società assicurativa: Aetna Student Health

La copertura è attiva nel seguente periodo assicurativo: Dal 31/12/2016 al 31/12/2017

Per scaricare la brochure del piano o una carta d'identità assicurativa online, visitare l'indirizzo: www.4studenthealth.com/extension.

Nome dell'istituzione scolastica	Numero documento della polizza
University of California, Berkeley—Estensione	686139
University of California, Davis—Estensione	686140
University of California, Irvine—Estensione	686141
University of California, Los Angeles—Estensione	686142
University of California, Riverside—Estensione	686143
University of California, San Diego—Estensione	686144
University of California, Santa Barbara—Estensione	686145
University of California, Santa Cruz—Estensione	686146

Ammissibilità e attivazione

Qualsiasi studente, visitatore, studioso o altra persona in possesso di un passaporto e visto non di immigrazione, ubicato temporaneamente all'esterno del proprio paese di residenza, che non abbia ricevuto lo stato di residenza permanente negli Stati Uniti e che svolga attività legate al mondo dell'istruzione attraverso la propria università deve essere in possesso di copertura assicurativa tramite questa Polizza. L'università può accordare il rifiuto della copertura assicurativa a persone già assicurate tramite piani assicurativi finanziati dal governo o dall'ambasciata. Per domande sull'attivazione della polizza, contattare Ascension al numero **(800) 537-1777**.

Se ci si ritira dalla scuola entro i primi 31 giorni del periodo di copertura o dell'intero periodo di copertura (si applica il valore inferiore), non si sarà coperti ai sensi della Polizza. Non sono previsti rimborsi dei premi. Contattare l'ufficio per gli studenti stranieri della propria istituzione scolastica per qualsiasi domanda. Eccezione: Una persona coperta dalla Polizza che entra a far parte delle forze armate di qualsiasi paese non sarà più coperta dalla Polizza a partire dalla data di arruolamento. In questi casi verrà effettuato un rimborso pro rata su richiesta scritta ricevuta da Aetna entro 90 giorni dalla data di ritiro dall'istituzione scolastica.

Possono essere coperti dalla Polizza anche gli studenti coinvolti in Optional Practical Training (OPT) o Curricular Practical Training (CPT), se: 1) l'OPT/CPT è immediatamente successivo a un corso di studi; 2) l'OPT/CPT non ha una durata superiore a 12 mesi. Contattare l'ufficio per gli studenti stranieri della propria istituzione scolastica per i dettagli.

Gli studenti coperti dalla Polizza possono includere nella stessa coniuge, partner convivente e figli a carico di età inferiore a 26 anni. Le persone a carico aventi diritto devono essere incluse alla data di attivazione dello studente o entro 31 giorni da nascita, adozione, matrimonio, arrivo negli Stati Uniti o termine di qualsiasi altra copertura (può essere richiesta una prova della data). Gli studenti che desiderano includere persone a carico devono contattare l'istituzione scolastica. I pagamenti e le attivazioni per tutte le nuove persone a carico (coniuge e/o figli) devono essere effettuati entro 31 giorni dalla data di ottenimento dello stato delle persone a carico. Non è possibile attivare la copertura per le persone a carico oltre la data di scadenza di presentazione della domanda.

Carta d'identità assicurativa

L'amministratore dell'entità scolastica consegnerà agli assicurati la carta d'identità assicurativa. Se non si riceve o si perde la propria carta d'identità assicurativa, è possibile scaricarne una all'indirizzo: www.4studenthealth.com/extension. È necessario avere sempre con sé la propria carta d'identità assicurativa. La carta d'identità assicurativa può essere utilizzata anche per le persone a carico coperte dalla Polizza.

Dove e come ricevere trattamenti

Centro sanitario per studenti

Il Centro sanitario per studenti offre un'ampia gamma di trattamenti medici a costo ridotto. La franchigia viene annullata se si utilizza per la prima volta e/o si è segnalati dal Centro sanitario per studenti approvato. (Nota: Gli studenti UC Santa Cruz Extension e le persone a carico di studenti con programma UC Extension non hanno diritto all'accesso ai Centri di salute per studenti; pertanto, in questi casi, la franchigia resterà in vigore.) Ove possibile, rivolgersi a un medico presso il centro sanitario della propria università di iscrizione prima di rivolgersi a un medico esterno al campus. (Nota: Gli studenti della UCLA devono rivolgersi al centro medico della UCLA, non al Centro sanitario per studenti della UCLA.) Contattare il Centro sanitario per studenti della propria università per una conferma dell'accettazione del presente piano assicurativo. Potrebbe essere addebitato un ticket, da pagare al momento della visita, o potrebbe essere richiesto il pagamento anticipato per i servizi con la possibilità di richiedere il rimborso per la parte della quale la Società è responsabile. In questo caso, è necessario richiedere una fattura rendicontata da inviare insieme alla richiesta.

Il documento University of California – Estensione del piano assicurativo sanitario 2017 è sottoscritto da Aetna Life Insurance Company. Aetna Student HealthSM è il nome dei prodotti e servizi offerti da Aetna Life Insurance Company e dalle società affiliate applicabili (Aetna).

Dove e come ricevere trattamenti (cont.)

Rete di fornitori preferenziali (PPN)

Aetna Student Health organizza per i propri clienti l'accesso a una rete di fornitori preferenziali nelle strutture locali. È possibile consultare l'elenco completo dei fornitori utilizzando l'elenco online DocFind® Service all'indirizzo www.aetnastudenthealth.com (ricercare l'estensione specifica per la propria sede della University of California).

Per massimizzare i risparmi e ridurre le spese, selezionare un fornitore preferenziale. L'utilizzo di un fornitore preferenziale è a vantaggio del cliente, poiché questo può risparmiare utilizzando le tariffe negoziate che tali fornitori hanno accettato come pagamento per i propri servizi.

Se una persona necessita di un servizio o di una fornitura previsti dal Piano, ma non offerti dal fornitore di servizi preferenziale, la persona deve contattare il servizio clienti per assistenza al numero verde indicato sul retro della carta d'identità assicurativa. In queste situazioni, Aetna può emettere una pre-approvazione per l'erogazione del servizio o della fornitura da parte di un fornitore non preferenziale. Quando la pre-approvazione viene erogata da Aetna, le spese mediche coperte vengono rimborsate a livello delle prestazioni della rete di cura preferenziale.

Farmaci prescritti

Quando si richiedono farmaci prescritti presso una farmacia preferenziale Aetna, questi verranno coperte al 100% della spesa concordata, dopo un copagamento di 35\$ per ogni farmaco prescritto di marca incluso negli elenchi dei farmaci approvati, un copagamento di 50\$ per ogni farmaco prescritto di marca non incluso negli elenchi dei farmaci approvati, un copagamento di 10\$ per ogni farmaco prescritto generico. Se si richiede un farmaco prescritto presso una farmacia non preferenziale, il farmaco deve essere pagato completamente al momento del ritiro, poi deve essere effettuata una richiesta di rimborso del 50%. È possibile consultare l'elenco completo delle farmacie preferenziali all'indirizzo www.aetnastudenthealth.com (ricercare l'estensione specifica per la propria sede della University of California).

Pronto soccorso vs. Centro per cure urgenti

In caso di emergenza, chiamare il **911** o presentarsi al pronto soccorso più vicino. Se il centro sanitario o lo studio del proprio dottore sono chiusi e si necessita di cure immediate, ma la malattia o l'infortunio NON comportano pericolo di vita, rivolgersi a un centro per le cure urgenti della rete dei fornitori preferenziali. Queste strutture sono solitamente aperte di notte e nei fine-settimana, e solitamente comportano spese inferiori rispetto alle visite in pronto soccorso. È possibile consultare l'elenco completo dei fornitori utilizzando l'elenco online DocFind® Service all'indirizzo www.aetnastudenthealth.com (ricercare l'estensione specifica per la propria sede della University of California).

Programma di pre-certificazione

Per il ricovero in ospedale, incluse le ammissioni di emergenza, è richiesta la pre-certificazione. La pre-certificazione consiste semplicemente nel contattare telefonicamente Aetna Student Health prima del trattamento per ricevere l'approvazione per una procedura medica o un servizio o dopo l'ammissione in caso di emergenza. La pre-certificazione può essere effettuata dal paziente, da un parente, dal medico o dall'ospedale. Le richieste di certificazione devono essere effettuate ad Aetna Student Health al numero **(877) 480-4161**.

Utilizzo dell'assicurazione e pagamento delle fatture

Una volta attivata la copertura assicurativa:

1. Se si necessita di cure mediche, rivolgersi a un medico presso il centro sanitario della propria università di iscrizione prima di rivolgersi a un medico esterno al campus. (Nota: Gli studenti della UCLA devono rivolgersi al centro medico della UCLA, non al Centro sanitario per studenti della UCLA.) Contattare il Centro sanitario per studenti della propria università per una conferma dell'accettazione del presente piano assicurativo. Potrebbe essere addebitato un ticket, da pagare al momento della visita, o potrebbe essere richiesto il pagamento anticipato per i servizi con la possibilità di richiedere il rimborso per la parte della quale la Società è responsabile. In questo caso, è necessario richiedere una fattura rendicontata da inviare insieme alla richiesta.
2. Se si è impossibilitati a recarsi al il servizio sanitario del campus, utilizzare i fornitori della rete di fornitori preferenziali. È possibile consultare l'elenco completo dei fornitori utilizzando l'elenco online DocFind® Service all'indirizzo www.aetnastudenthealth.com (ricercare l'estensione specifica per la propria sede della University of California). Contattare il fornitore prima della visita per confermarne l'appartenenza alla rete.
3. In caso di emergenza, chiamare il **911** o presentarsi al pronto soccorso ospedaliero più vicino. Contattare Aetna Student Health al numero **(877) 480-4161** entro un giorno lavorativo se si viene ricoverati in ospedale (con un ricovero di durata superiore alle 18 ore) in seguito a un'emergenza.
4. Per i ricoveri programmati, inclusi i ricoveri ordinari, occorre effettuare la pre-certificazione con un preavviso di tre giorni lavorativi contattando Aetna Student Health al numero **(877) 480-4161**.
5. Quando ci si reca in uno studio medico, un centro per le cure urgenti o un ospedale, mostrare la propria Carta d'identità assicurativa. I medici possono contattare Ascension al numero **(800) 537-1777** per verificare l'attivazione della polizza.
6. Una volta ricevuto il trattamento tramite un fornitore preferenziale, il fornitore invierà la richiesta di rimborso. Il paziente riceverà un documento di riepilogo che indicherà la copertura assicurativa, mentre il fornitore fatturerà le spese non coperte. *La società assicurativa può contattare i pazienti per ulteriori informazioni.*
7. Se il fornitore non effettua la richiesta direttamente ad Aetna Student Health, il paziente può effettuare la richiesta autonomamente inviando un modulo di richiesta di rimborso con fattura dettagliata e prova di pagamento (ove il pagamento sia stato effettuato) immediatamente dopo il trattamento. Conservare sempre una copia delle ricevute. Inviare le ricevute dei moduli compilati via fax al numero **(859) 455-8650** o via posta all'indirizzo:

Aetna Student Health Claims, P.O. Box 981106, El Paso, TX 79998

8. In caso di domande sullo stato del rimborso dopo l'invio della richiesta o per qualsiasi domanda sulle prestazioni previste dal piano, rivolgersi al servizio clienti al numero **(877) 480-4161**.

RIEPILOGO DEL PIANO ASSICURATIVO SANITARIO 2017

Programma delle prestazioni

Segue una **breve descrizione delle prestazioni disponibili secondo il piano. Fare riferimento al documento di riepilogo e alla scheda del piano per una spiegazione più esaustiva di prestazioni e limitazioni.**

RINVIO RICHIESTO: Non è richiesto il rinvio prima di poter richiedere cure o trattamenti da parte di un fornitore di servizi esterno al campus. Tuttavia, la franchigia non verrà applicata se il trattamento viene erogato prima presso il Centro sanitario per studenti del campus con rinvio al Centro sanitario per studenti. Dipendenti, studiosi e altri non iscritti non hanno diritto all'utilizzo dei servizi erogati dal Centro sanitario per studenti e non sono pertanto intitolati alla non applicazione della franchigia nelle strutture preferenziali.

Nota: Le franchigie per visita o per ammissione non si applicano ai fini della soddisfazione della franchigia annuale.

	Strutture preferenziali	Strutture non preferenziali
PRESTAZIONE MASSIMA	Illimitata, ad eccezione di quanto inserito nelle note	
FRANCHIGIA (per persona, per anno di copertura)	100\$	200\$
SPESE MASSIME	6.350\$ per persona/12.700\$ per nucleo familiare, per anno di copertura	
SERVIZI PREVENTIVI E PER IL BENESSERE	Strutture preferenziali	Strutture non preferenziali
Sono incluse le spese per pap test, immunizzazione, prevenzione pediatrica, esami fisici di routine, screening per malattie sessualmente trasmissibili*	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata
Le cure dentistiche pediatriche sono limitate alle persone coperte dalla Polizza di età inferiore ai 19 anni*	Fare riferimento al documento di riepilogo e alla scheda del piano per ulteriori dettagli	
Le cure oculistiche pediatriche sono limitate alle persone coperte dalla Polizza di età inferiore ai 19 anni*	Fare riferimento al documento di riepilogo e alla scheda del piano per ulteriori dettagli	
PRESTAZIONI PER RICOVERI INTERNI	Strutture preferenziali	Strutture non preferenziali
Spese per ricovero, spese miste, spese mediche non chirurgiche	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata
SPESE CHIRURGICHE (PAZIENTI INTERNI E AMBULATORIALI)	Strutture preferenziali	Strutture non preferenziali
Spese chirurgiche, spese per assistenti del chirurgo, spese chirurgiche ambulatoriali	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata
Spese per anestesia	100% della tariffa negoziata	100% della tariffa riconosciuta
SPESE PER PAZIENTI AMBULATORIALI	Strutture preferenziali	Strutture non preferenziali
Spese per cure ambulatoriali, spese per cliniche ad accesso libero	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata
Spese per pronto soccorso	100% della tariffa negoziata con un copagamento di 75\$ per visita (non richiesto in caso di ricovero)	100% della tariffa effettiva con una franchigia di 75\$ per visita (non richiesto in caso di ricovero)
Spese per cure urgenti	100% della tariffa negoziata con un copagamento di 25\$ per visita	50% della tariffa negoziata con una franchigia di 25\$ per visita
Spese per l'ambulanza	100% della tariffa negoziata	100% della tariffa riconosciuta
Spese per visita presso studio medico, spese di consulenza	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata
Spese per esami di laboratorio e radiografie, spese per procedure a costo elevato (Incluso CT, MRI, PET e imaging cardiaco nucleare)	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata
Spese per fisioterapia, spese per terapia (spese per terapia del linguaggio, occupazionale e chiropratica)	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata
Spese per attrezzatura chirurgica e medica a lunga durata, spese per protesi e dispositivi ortottici	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata
Spese per infortuni dentistici, spese per interventi ai denti del giudizio	100% della tariffa negoziata	100% della tariffa riconosciuta
TRATTAMENTO DI DISTURBI MENTALI E NERVOSI/ALCOLISMO E TOSSICODIPENDENZA	Strutture preferenziali	Strutture non preferenziali
Spese per ricoveri per malattie mentali gravi di persone di ogni età e per disturbi emotivi gravi nei bambini, disturbi mentali e nervosi, spese per trattamento durante il ricovero in caso di alcolismo e tossicodipendenza	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata
Spese per trattamenti ambulatoriali per malattie mentali gravi di persone di ogni età e per disturbi emotivi gravi nei bambini, disturbi mentali e nervosi, spese per trattamento durante cure ambulatoriali in caso di alcolismo e tossicodipendenza	100% della tariffa negoziata	100% della tariffa riconosciuta
PRESTAZIONI PER MATERNITÀ	Strutture preferenziali	Strutture non preferenziali
Includere spese di maternità, trattamenti prenatali e supporto all'allattamento, servizi di consulenza, attrezzatura per allattamento al seno di lunga durata, spese per trattamenti a neonati, spese per pianificazione familiare*	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata
COPERTURA PER FARMACI PRESCRITTI	Strutture preferenziali	Strutture non preferenziali
Spese per farmaci prescritti Per assistenza e per l'elenco dei farmaci esclusi o delle sostanze che richiedono pre-autorizzazione, contattare Aetna Pharmacy Management al numero (888) RX-AETNA (servizio 24 ore su 24). Aetna Specialty Pharmacy offre medicinali specifici e supporto ad assicurati con malattie croniche. Per ulteriori informazioni, visitare www.AetnaSpecialtyRx.com .	100% della tariffa negoziata, con un pagamento di: • 35\$ per farmaci di marca inseriti nell'elenco dei farmaci approvati • 50\$ per farmaci di marca non inseriti nell'elenco dei farmaci approvati • 10\$ per farmaci generici	50% della tariffa negoziata
ALTRO	Strutture preferenziali	Strutture non preferenziali
Spese obbligatorie e spese per altre prestazioni, incluso diagnosi prenatale dei disturbi genetici del feto, forniture per test del diabete, programmi educativi per l'autogestione ambulatoriale dei pazienti diabetici, disfunzione dell'articolazione temporomandibolare, trattamento per la dipendenza da nicotina, trattamenti dermatologici, trasfusioni o dialisi, visite per seconda opinione, agopuntura in sostituzione dell'anestesia, servizi per fenilchetonuria, mastectomia e ricostruzione del seno, trapianto di organi, chirurgia bariatrica, trattamenti di base in caso di infertilità	Pagabili secondo il tipo di spesa sostenuta e il luogo in cui il servizio viene erogato	
Prestazioni di case di cura, spese per cure a domicilio, spese per infermieri professionali	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata
Spese per strutture infermieristiche, spese per strutture riabilitative	100% della tariffa negoziata per la tariffa per camera semi-privata	50% della tariffa riconosciuta per la tariffa per camera semi-privata
Spese per impianto cocleare	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata
Spese per aborto volontario	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata
Spese per agopuntura	100% della tariffa negoziata	50% della tariffa negoziata

* La franchigia annuale non si applica a questi servizi.

Esclusioni

Il piano non prevede prestazioni per:

1. Spese sostenute per trattamenti, servizi e forniture dentistiche, ad eccezione di quanto derivante da lesioni ai denti naturali o per l'estrazione di denti del giudizio, come specificato nella copertura assicurativa.
2. Spese sostenute per rifrazione oculare, terapia visiva, cheratotomia radiale, occhiali da sole, lenti a contatto (in particolare quando richieste dopo operazione di rimozione della cataratta), altri dispositivi di assistenza per visione o udito, farmaci o esami ad eccezione di quanto causato da infortuni coperti.
3. Spese sostenute per servizi normalmente erogati gratuitamente dal fornitore di servizi scolastico, da infermieri od ospedali o da fornitori di servizi sanitari utilizzati dal contraente.
4. Spese per prestazioni erogate ai sensi di leggi sulle malattie professionali o di altre legislazioni lavorative.
5. Spese sostenute per malattie o infortuni subiti durante periodi di servizio presso forze armate di qualsiasi paese. All'arruolamento nelle forze armate di qualsiasi paese, il premio pro rata non utilizzato verrà restituito al contraente.
6. Spese sostenute per trattamento fornito in un ospedale pubblico, a meno che non sia prevista una normativa che obblighi il pagamento di dette spese in assenza di copertura assicurativa.
7. Spese sostenute per trattamento o chirurgia volontaria, ad eccezione di quanto specificamente coperto dalla Polizza e fornito durante il periodo in cui questa è in vigore.
8. Spese sostenute per chirurgia estetica, chirurgia ricostruttiva o altri servizi e forniture volte a migliorare o alterare l'aspetto, per motivi psicologici o emotivi o meno, ad eccezione di quanto necessario per: migliorare il funzionamento di una parte del corpo che: a) non sia un dente o una struttura di supporto a un dente, b) sia malformata: come risultato di un difetto natale grave, incluso labbro leporino/palatoschisi, dita palmate o problemi direttamente derivanti da: malattia od operazioni chirurgiche svolte per il trattamento di una malattia o infortunio.
9. Spese pagate per qualsiasi altra assicurazione medica, sanitaria o per infortuni.
10. Spese derivanti dal commettere un reato.
11. Spese sostenute dopo la data di scadenza della copertura assicurativa, fatta eccezione per quanto specificamente previsto dalle disposizioni di Estensione delle prestazioni.
12. Spese sostenute per qualsiasi servizio erogato per un membro della famiglia immediata della persona coperta o una persona che abita presso il domicilio della persona coperta.
13. Spese per infortuni nei quali le prestazioni mediche che spettano al contraente vengono corrisposte dalla copertura per responsabilità oggettiva o altra copertura obbligatoria.
14. Spese sostenute nei casi in cui nessun membro della famiglia immediata della persona coperta ha qualsiasi obbligo legale di pagamento.
15. Spese sostenute per assistenza domiciliare, inclusa l'assistenza nelle attività quotidiane (ad esempio: camminare, entrare e uscire dal bagno, fare il bagno, mangiare, assumere farmaci). Questa esclusione non si applica all'assistenza per attività quotidiane erogata come parte di servizi in case di cura, strutture infermieristiche, strutture di cure domestiche o in ospedale.
16. Spese sostenute per la rimozione di un organo a scopo di donazione o vendita a qualsiasi persona od organizzazione, ad eccezione di quanto specificamente coperto dalla polizza. Questa limitazione non si applica a donazioni di una persona coperta dalla Polizza a coniuge, figlio, fratello, sorella o genitore.
17. Spese sostenute per, o legate a, farmaci, dispositivi, procedure o trattamenti sperimentali o investigativi, ad eccezione di quanto specificamente coperto dalla polizza.
18. Spese sostenute per interventi di riduzione del seno/mastoplastica, fatta eccezione per i casi in cui ciò risulti necessario sotto il profilo medico.
19. Spese sostenute per chirurgia dei seni nasali, ad eccezione dei casi di sinusite purulenta.
20. Spese sostenute da persone coperte dalla Polizza, non in possesso di cittadinanza degli Stati Uniti, per servizi erogati nel paese di origine della persona, se detto paese dispone di un programma di sanità socializzata.
21. Spese sostenute per cure alternative, medicina e/o terapia olistica, incluso, ma non limitato a, yoga e ipnoterapia, fatti salvo i casi in cui ciò sia specificamente coperto dalla polizza.
22. Spese sostenute per altre assicurazioni mediche automobilistiche, che venga effettuata una richiesta di rimborso per tali prestazioni o meno. La polizza prevede il pagamento esclusivamente per le perdite non pagate dalla polizza assicurativa automobilistica.
23. Spese sostenute per esami uditivi, dispositivi di assistenza per l'udito o prescrizione di dispositivi per l'udito come specificamente coperto dalla polizza. Non sono coperti:
 - Servizi o forniture che non soddisfano gli standard professionali comunemente accettati;
 - Esami dell'udito effettuati durante il ricovero in ospedale o altra struttura;
 - Qualsiasi test, apparecchio o dispositivo per il miglioramento dell'udito, inclusi dispositivi, dispositivi uditivi e amplificatori o altro per il miglioramento di altre forme di comunicazione per compensare la perdita dell'udito o dispositivi che simulano il linguaggio;
 - Esami dell'udito di routine, ad eccezione degli screening uditivi come descritto specificamente dalle prestazioni preventive.
24. Spese per consulenza telefonica (ad eccezione dei servizi di telemedicina), spese per mancata presentazione a una visita su appuntamento o tariffe per la compilazione del modulo di richiesta di rimborso.
25. Spese per beni per l'igiene personale e beni di largo consumo come condizionatori, umidificatori, vasche, vasche idromassaggio o attrezzatura per esercizio fisico, anche se tali attrezzature vengono prescritte da un medico.
26. Spese per servizi o forniture erogati per il trattamento dell'obesità e/o il controllo del peso corporeo, ad eccezione di quanto specificamente coperto dalla polizza. Non è coperto qualsiasi trattamento, farmaco o fornitura inteso ad aumentare o decrementare il peso corporeo, a controllare il peso o a trattare l'obesità, incluso, ma non limitato a: Liposuzione, stimolanti, preparati, cibi o integratori alimentari, regimi dietetici e integratori, alimenti, soppressori dell'appetito o altri medicinali, a meno che un farmaco prescritto sia necessario per il trattamento dell'obesità patologica, consulenze, coaching, esercizio fisico, ipnosi o altre forme di terapie e programmi di esercizio fisico, attrezzatura per esercizio fisico, iscrizioni a palestre o fitness club, terapia ricreativa o altre forme di attività o di valorizzazione dell'attività.
27. Spese sostenute per operazioni accessorie e spese per il mantenimento dello studio medico.
28. Spese per servizi e forniture per o collegate al trasferimento intratubarico del gamete, inseminazione artificiale, inseminazione in vitro (ad eccezione di quanto previsto dalle leggi statali) o procedure di trasferimento embrionale, procedure di inversione di sterilizzazione maschile o femminile, fatti salvo i casi in cui ciò sia specificamente coperto dalla polizza.
29. Spese sostenute per massoterapia.
30. Spese sostenute per tariffe richieste in strutture non preferenziali che non costituiscano spese riconosciute.
31. Spese per il trattamento di studenti in possesso di copertura assicurativa specializzandi nel campo della salute mentale e che ricevono il trattamento come parte del percorso di studi nel proprio campo.
32. Spese sostenute per esami fisici di routine, per esami oculistici di routine, esami dentistici di routine, esami uditivi di routine e altri servizi e forniture di prevenzione, ad eccezione dei casi specificamente previsti dalla polizza.
33. Spese sostenute per trattamento, servizio, farmaco o fornitura prescritti necessari sotto il profilo medico per diagnosi, cura o trattamento della malattia o dell'infortunio coinvolti, per il ripristino delle funzioni fisiologiche o i servizi di prevenzione coperti. Ciò include servizi sanitari comportamentali non primariamente volti al trattamento di malattia, infortunio, ripristino di funzioni fisiologiche o che non hanno base organica o fisiologica. Ciò si applica anche se detti servizi sono prescritti, raccomandati o approvati dal medico curante, dentista od oculista del contraente.
34. Spese per metodi contraccettivi, ad eccezione di quanto specificamente coperto dalla polizza.

Le prestazioni per servizi dentistici pediatrici sono soggette a ulteriori esclusioni e limitazioni. Fare riferimento al documento di riepilogo e alla scheda del piano per ulteriori dettagli.

Qualsiasi esclusione summenzionata non verrà applicata nei casi in cui la copertura delle spese è richiesta da qualsiasi legge applicata alla copertura.