

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
STUDENT HEALTH INSURANCE PLAN (UC SHIP)

Año del plan 2017 – 2018

Blue View Vision
Folleto del plan

Estimado/a miembro del plan:

En este Folleto del plan, se ofrece una explicación detallada de los beneficios, limitaciones y otras cláusulas del *plan* aplicables en su caso.

En este folleto, se hace referencia a los estudiantes y sus dependientes cubiertos (“miembros”) con las palabras “usted” y “su”. Se hace referencia al *administrador del plan* con las palabras “nosotros”, “nos” y “nuestro/a(s)”.

Todas las palabras en letra cursiva tienen definiciones específicas. Podrá encontrar estas definiciones en la sección Definiciones de este Folleto.

Lea este *Folleto del plan* atentamente para comprender todos los beneficios que ofrece su *plan*. Conserve este *Folleto del plan* a mano en caso de preguntas sobre su cobertura.

Importante: Este no es un *plan* de beneficios asegurados. Los beneficios que se describen en este *Folleto del plan* o cualquier enmienda que se le haga están financiados por la Universidad. Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company presta todos los servicios administrativos asociados con el procesamiento de reclamaciones relacionadas con el *plan* y queda sujeta a su total y final criterio y autoridad la determinación de si los miembros tienen derecho a los beneficios en virtud del *plan* y en qué medida. Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company no asume ningún riesgo financiero ni obligación con respecto a la financiación de los beneficios.

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company es licenciataria independiente de Blue Cross Association.

**Número de Servicios para Miembros de UC SHIP:
1-866-940-8306**

Sitio web de UC SHIP: www.ucop.edu/ucship

NOTIFICACIÓN DE RECLAMO

Todas las quejas y disputas relacionadas con la cobertura provista por este *plan* se deben resolver de acuerdo con los procedimientos de queja formal del *plan*. Las quejas formales se pueden presentar por teléfono (llame al número indicado en su tarjeta de identificación) o por escrito (escriba a Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, 21555 Oxnard Street, Woodland Hills, CA 91367 a la atención del Departamento de Servicios para Miembros). Si lo desea, el *administrador de reclamaciones* le entregará un Formulario de quejas que podrá usar para explicar el asunto.

Se ofrecerá confirmación de recepción de todas las quejas formales recibidas por el *plan* por escrito, junto con una descripción de cómo propone el *administrador de reclamaciones* resolver la queja formal.

Las quejas formales relacionadas con la elegibilidad para la cobertura en virtud del *plan* deben ser presentadas ante los servicios de asesoramiento y salud para estudiantes de su campus, por escrito, en el término de 60 días de la notificación de que no es elegible para la cobertura. Debe incluir toda la información y documentación sobre la que se basa su queja formal. Los servicios de asesoramiento y salud para estudiantes le notificarán por escrito su conclusión respecto de su elegibilidad. Si los servicios de asesoramiento y salud para estudiantes confirman la determinación de que no es elegible, usted puede solicitar, por escrito, que la oficina del UC Student Health Insurance Plan (UC SHIP) revise esta decisión. Su solicitud de revisión debe ser enviada en el término de 60 días después de la recepción de la notificación de los servicios de asesoramiento y salud para estudiantes que confirme que usted no es elegible y debe incluir toda la información y documentación relevantes para su queja formal. Su solicitud de revisión debe ser enviada a University of California Student Health Insurance Plan, Risk Services, 1111 Franklin Street, 10th Floor, Oakland, CA 94607. La decisión del Director de UC SHIP será final.

Número de Servicios para Miembros de UC SHIP:
1-866-940-8306

Sitio web de UC SHIP: www.ucop.edu/ucship

Reclamaciones administradas por:

ANTHEM BLUE CROSS

en representación de

ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE
COMPANY

ÍNDICE

CÓMO COMIENZA Y TERMINA LA COBERTURA.....	8
FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA.....	14
TIPOS DE PROVEEDORES.....	17
RESUMEN DE BENEFICIOS.....	18
BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISIÓN.....	18
INFORMACIÓN GENERAL.....	20
SUS BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISIÓN.....	21
CÓMO SE DETERMINA EL GASTO EN VISIÓN CUBIERTO.....	21
COPAGOS Y MÁXIMOS DE BENEFICIOS PARA ATENCIÓN DE LA VISIÓN.....	14
CÓMO UTILIZAR SUS BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISIÓN...	22
CONDICIONES DE LA COBERTURA.....	22
ATENCIÓN DE LA VISIÓN CUBIERTA.....	23
ATENCIÓN DE LA VISIÓN QUE NO ESTÁ CUBIERTA.....	24
DISPOSICIONES GENERALES.....	26
DEFINICIONES.....	30

CÓMO COMIENZA Y TERMINA LA COBERTURA

CÓMO COMIENZA LA COBERTURA

ESTADO DE ELEGIBILIDAD

Estudiantes asegurados

1. Las siguientes clases de estudiantes son automáticamente inscritos como estudiantes asegurados:
 - a. Todos los estudiantes registrados, incluidos estudiantes nacionales e internacionales de los siguientes campus de University of California:
 - i. Davis
 - ii. Hastings College of the Law
 - iii. Irvine
 - iv. Los Angeles
 - v. Merced
 - vi. Riverside
 - vii. San Diego
 - viii. San Francisco
 - ix. Santa Cruz
 - b. Todos los estudiantes graduados de los campus de University of California enumerados en 1.a. que están registrados *in absentia*.
 - c. Las personas en el campus de UC San Francisco inscritos en el "Plan de salud para investigadores y académicos" que comprenden personas que son estudiantes no registrados, sino que son investigadores y/o académicos que participan en un programa o investigación académica aprobados por el campus. Cada inscrito debe presentar evidencia de la aprobación oficial de un representante del programa del campus.

Nota: Un estudiante puede cancelar la inscripción en UC SHIP durante el período de cancelación especificado por su campus local proporcionando una prueba de otra cobertura médica que cumpla con los criterios de beneficios médicos especificados por la Universidad. Una cancelación es efectiva por un año académico y debe completarse de nuevo durante el período de cancelación al comienzo de cada semestre o trimestre de otoño del año académico. También hay disponibles solicitudes de cancelación para cada trimestre académico dentro de un año (trimestre o semestre de invierno o primavera). La información sobre la cancelación de la inscripción en UC SHIP puede obtenerse en la

oficina de seguros de salud para estudiantes en el campus del estudiante.

2. Las siguientes clases de personas pueden inscribirse voluntariamente como estudiantes asegurados:

- a. Todos los estudiantes con estado de "Tarifa de presentación" no registrados de los campus de University of California en Davis, Irvine, Los Angeles, Merced, Riverside, San Diego, San Francisco y Santa Cruz, que están completando trabajo con el auspicio de University of California, según lo determine el campus, pero no están asistiendo a clases. Los estudiantes con estado de Tarifa de presentación pueden comprar cobertura del *plan* durante un máximo de un semestre o un trimestre. Estos estudiantes pueden inscribirse comunicándose con Wells Fargo Insurance Services llamando al 800-853-5899.
- b. Todos los estudiantes graduados y universitarios no registrados en Davis, Merced y Santa Cruz; los estudiantes graduados de Los Angeles y los estudiantes universitarios de Riverside que tienen una Licencia educativa planificada (Planned Educational Leave, PELP); los estudiantes graduados en Irvine, Los Angeles, Riverside, San Diego, San Francisco; y los estudiantes graduados y universitarios de Santa Cruz que tienen una Licencia para ausentarse (Leave of Absence, LOA) aprobada. Estos estudiantes pueden comprar cobertura del *plan* durante un máximo de un semestre o dos trimestres y pueden inscribirse comunicándose con Wells Fargo Insurance Services llamando al 800-853-5899.
- c. Todos los ex estudiantes de los campus de University of California que completaron su título (se graduaron) durante el trimestre inmediatamente anterior al trimestre para el cual desean comprar la cobertura. Estas personas pueden comprar UC SHIP para un máximo de un semestre o un trimestre. Estas personas pueden inscribirse comunicándose con Wells Fargo Insurance Services llamando al 800-853-5899. El estudiante debe estar cubierto por el *plan* en el trimestre inmediatamente anterior al trimestre para el cual el estudiante desea comprar la cobertura.

NOTA: Los estudiantes no registrados descritos en el número 2 anterior pueden comprar UC SHIP únicamente si también cumplen con los siguientes criterios:

- a. estaban inscritos en UC SHIP durante el trimestre académico inmediatamente anterior; o
- b. muestran una prueba de pérdida involuntaria de su otra cobertura en los 30 días previos.

Dependientes elegibles

1. Las siguientes clases de dependientes de estudiantes asegurados pueden inscribirse voluntariamente en el *plan*:
 - a. *Cónyuge*: *Cónyuge* legal del *estudiante asegurado*.
 - b. *Pareja doméstica*: La persona designada como *pareja doméstica del estudiante asegurado* por uno de los siguientes métodos:
 - (i) registro de la unión en el estado de California;
 - (ii) establecimiento de una unión legal del mismo sexo, distinta del matrimonio, formada en otra jurisdicción que es sustancialmente equivalente a una pareja doméstica registrada en el estado de California; o
 - (iii) presentación de un formulario de Declaración de pareja doméstica ante la Universidad. Una *pareja doméstica* del sexo opuesto del estudiante asegurado será elegible para la cobertura solo si uno o ambos miembros de la pareja tienen 62 años o más y son elegibles para los beneficios de Seguro Social en función de la edad.
 - c. *Hijo*: El (los) *hijo(s) del estudiante asegurado* de la siguiente manera:
 - *Hijo* biológico menor de 26 años
 - *Hijastro*: Un *hijastro* menor de 26 años es un *dependiente* a partir de la fecha en que el *estudiante asegurado* se casa con el padre/madre del *niño*.
 - *Hijo* adoptado menor de 26 años, incluido un *niño* colocado en guarda con el *estudiante asegurado* o el *cónyuge* o *pareja doméstica del estudiante asegurado* a los fines de adopción, desde el momento de la colocación según lo certifique la agencia que realiza la colocación.
 - *Hijo de la pareja doméstica del estudiante asegurado*: Un *hijo* de la *pareja doméstica del estudiante asegurado* menor de 26 años es un *dependiente* a partir de la *fecha de entrada en vigencia* de la pareja doméstica.
 - *Niño bajo tutela*: Un *niño* bajo tutela menor de 18 años es un *dependiente* desde el momento de la colocación con el

estudiante asegurado según lo certifique la agencia que realiza la colocación. En determinadas circunstancias, puede extenderse el límite de edad del *niño* bajo tutela de acuerdo con la disposición para un dependiente no menor, según lo define la Sección 11400 (v) del Código de Bienestar e Instituciones de California.

- Un *niño* para el cual se requiere legalmente que el estudiante asegurado le brinde seguro de salud, de acuerdo con una orden administrativa o judicial, siempre que, de lo contrario, el *niño* cumpla con los requisitos de elegibilidad de UC SHIP.
- Hijo adulto dependiente: Un *hijo* de 26 años o más y: (i) estuvo cubierto por el *plan anterior*, o cuenta con seis meses o más de cobertura acreditable, (ii) depende principalmente del *empleado, cónyuge o pareja doméstica* para su apoyo y manutención, y (iii) es incapaz de trabajar para mantenerse debido a una afección física o mental. Un *médico* debe certificar por escrito que el *hijo* es incapaz de trabajar para mantenerse debido a una afección física o mental. La Universidad puede solicitar una prueba de estas afecciones para continuar con la cobertura. La Universidad debe recibir la certificación, sin costo alguno para la Universidad, dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el *estudiante* recibe la solicitud. Es posible que, como máximo una vez por año después de la certificación inicial, la Universidad solicite una prueba de que la dependencia continúa y de que la afección física o mental todavía existe. Esta excepción será válida hasta que el *hijo* no dependa más principalmente del *estudiante, cónyuge o pareja doméstica* para su apoyo y manutención debido a una afección física o mental que continúa. Se considera que un *hijo* depende principalmente de alguien para recibir apoyo y manutención si reúne los requisitos para ser clasificado como *dependiente* a los fines del impuesto federal sobre la renta.

NOTA: Si ambos padres o *pareja doméstica* del estudiante están cubiertos como estudiantes asegurados, sus hijos pueden estar cubiertos como dependientes de uno de ellos, pero no de ambos.

2. Se requiere que los estudiantes proporcionen una prueba del estado de *dependiente* cuando inscriben a sus dependientes en el *plan*. Se aceptarán los siguientes documentos:
 - a. Para el *cónyuge*, un certificado de matrimonio.

- b. Para una *pareja doméstica*, un Certificado de pareja doméstica registrada emitido por el estado de California, o de unión legal del mismo sexo distinta del matrimonio formada en otra jurisdicción, o un formulario de Declaración de pareja doméstica completado emitido por la Universidad.
- c. Para un *hijo* biológico, un certificado de nacimiento que muestre que el estudiante es el padre del *niño*.
- d. Para un hijastro, un certificado de nacimiento y un certificado de nacimiento que muestre que uno de los padres mencionado en el certificado de nacimiento está casado con el estudiante.
- e. Para un *hijo* biológico de una *pareja doméstica*, un certificado de nacimiento que muestre que la *pareja doméstica* es el padre del *niño*.
- f. Para un *niño* adoptado o bajo tutela, documentación de la agencia de colocación que muestre que el estudiante o la *pareja doméstica* tiene el derecho legal para controlar la atención de la salud del *niño*.
- g. Para un *niño* cubierto por una orden judicial, una copia del documento del tribunal.

Para obtener cobertura para hijos, es posible que el *plan* requiera que proporcione al *administrador de reclamaciones* una copia de cualquier documento legal en el que se le concede la tutela de dicho hijo. Esta documentación debe proporcionarse en inglés o traducirse a dicho idioma.

PERÍODOS DE COBERTURA

Las fechas de cobertura varían según el campus y el programa en el que se inscribió el estudiante. Comuníquese con los servicios de asesoramiento y salud para estudiantes para obtener información sobre los períodos de cobertura.

INSCRIPCIÓN

No requerimos solicitudes escritas de estudiantes registrados. University of California mantendrá registros de todos los estudiantes registrados en cada semestre/trimestre académico y, excepto por aquellos estudiantes que proporcionen una prueba de que tienen otra cobertura médica que cumple con los criterios establecidos por la Universidad, todos los estudiantes registrados serán inscritos en la cobertura en virtud de este *plan* en cada semestre/trimestre académico para el cual están registrados.

Los estudiantes que involuntariamente pierdan su otra cobertura de salud durante el *período de cobertura* deben notificar a los servicios de asesoramiento y salud para estudiantes con una carta escrita oficial de finalización de la compañía de seguros de salud anterior. Los estudiantes serán inscritos en el *plan* a partir de la fecha de la pérdida involuntaria de su otra cobertura si notifican a servicios de asesoramiento y salud para estudiantes en el término de 31 días de la pérdida de su cobertura. Si el estudiante no notifica a servicios de asesoramiento y salud para estudiantes en el término de 31 días, la cobertura será efectiva en la fecha en que el estudiante paga la prima completa. La prima no es prorrateada para las inscripciones que ocurran después del inicio de un *período de cobertura*.

Los estudiantes no registrados que se inscriban en forma voluntaria y los dependientes de los estudiantes deben presentar una solicitud de inscripción para cada término de la cobertura. Llame a Wells Fargo al **800-853-5899, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del Pacífico (Pacific Standard Time, PST), para recibir información sobre la inscripción.** Las solicitudes de inscripción deben recibirse dentro de las fechas del período de inscripción para el término de la cobertura, que varía según el *período de cobertura*. La inscripción no continuará al siguiente *período de cobertura*, a menos que se reciba una nueva solicitud.

Los dependientes de estudiantes pueden inscribirse, fuera de un período de inscripción para un *período de cobertura* particular, en el término de 31 días calendario de los siguientes eventos:

1. Para un *cónyuge*, la fecha de emisión del certificado de matrimonio.
2. Para una *pareja doméstica*, la fecha en que la Declaración de pareja doméstica emitida por el estado de California, o de unión legal del mismo sexo distinta del matrimonio formada en otra jurisdicción, o la fecha en que el formulario de Declaración de pareja doméstica completado emitido por la Universidad es recibido por los servicios de asesoramiento y salud para estudiantes.
3. Para un *hijo* biológico, la fecha de nacimiento.
4. Para un *niño* adoptado o bajo tutela, la fecha de colocación con el estudiante o la *pareja doméstica*.
5. Para cualquier *dependiente*, la fecha de pérdida de otra cobertura. Se debe proporcionar una carta oficial de finalización de la compañía de seguros al momento de la inscripción en UC SHIP.

Los estudiantes no registrados y los dependientes se inscriben comunicándose con Wells Fargo Insurance Services llamando al 800-853-5899, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. PST.

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Para los estudiantes, la cobertura finaliza de la siguiente manera:

1. Si el *plan* termina, la cobertura del estudiante finaliza en ese mismo momento. Este *plan* puede cancelarse o modificarse en cualquier momento sin aviso previo. Si el *plan* termina o cambia, un *estudiante asegurado* permanecerá cubierto para reclamaciones incurridas, pero no presentadas o pagadas antes de la terminación o cambio del *plan*.
2. Si el *plan* deja de brindar cobertura para la clase de estudiantes a la que pertenece un *estudiante asegurado*, la cobertura del estudiante finaliza en la *fecha de entrada en vigencia* de dicho cambio.
3. Si el estudiante se gradúa de la Universidad, la cobertura del estudiante continúa hasta el último día del *período de cobertura* durante el cual el estudiante se gradúa de la Universidad.
4. Si el estudiante se retira o es expulsado de la Universidad, la política del campus determinará si continúa o no la cobertura después de la fecha del retiro o de la expulsión. Comuníquese con los servicios de asesoramiento y salud para estudiantes para obtener más información.
5. La inscripción en el *plan* puede terminar por las razones enumeradas a continuación. El estudiante debe ser notificado por escrito de la terminación. La finalización será efectiva no menos de 30 días después de la fecha de la notificación escrita.
 - a. Con respecto a la elegibilidad para UC SHIP, usted proporciona a sabiendas información material que es falsa o tergiversa información en cualquier documento o no notifica al *administrador del plan* acerca de cambios en su estado o el estado de su dependiente.
 - b. Usted a sabiendas permite el uso de su tarjeta de identificación del plan por otra persona que no es usted ni sus dependientes para obtener servicios o
 - c. Usted a sabiendas obtiene o intenta obtener servicios en virtud del *plan* por medio de omisiones, actos o información falsa, materialmente engañosa o fraudulenta.

Importante: Si un matrimonio o pareja doméstica finalizan, o si un *hijo* cubierto pierde el estado de niño dependiente, el estudiante debe brindar o enviar una notificación escrita acerca de la finalización y pérdida del estado de elegibilidad a Wells Fargo Insurance Services. La cobertura para un *ex cónyuge* o *ex pareja doméstica*, o *hijo* dependiente, si lo tuviera, termina según las disposiciones de "Estado de elegibilidad".

Si sufrimos una pérdida porque el estudiante no notifica a Wells Fargo Insurance Services acerca de la finalización del matrimonio o de la pareja doméstica, o acerca de la pérdida del estado de dependiente de un *hijo*, podemos buscar la recuperación de las primas del estudiante por cualquier período de cobertura no elegible. No proporcionar aviso escrito a Wells Fargo Insurance Services no retrasará o evitará la finalización de la cobertura del *cónyuge, pareja doméstica o niño*. Si el estudiante notifica a Wells Fargo Insurance Services por escrito para cancelar la cobertura de un ex *cónyuge, ex pareja doméstica o hijo*, si lo tuviera, al finalizar inmediatamente el matrimonio, la pareja doméstica o el estado de hijo dependiente del *hijo* del estudiante, se considerará que dicha notificación cumple con los requisitos de esta disposición.

Comuníquese con Wells Fargo Insurance Services llamando al 800-853-5899, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. PST.

El Director de UC SHIP es responsable de la decisión final sobre la finalización de la inscripción en el *plan*.

Para los dependientes, la cobertura finaliza cuando finaliza la cobertura del estudiante o el *dependiente* ya no cumple con los requisitos de elegibilidad de *dependiente*, lo que ocurra primero.

La inscripción en el *plan* no podrá finalizar en base al del sexo, la raza, el color, la religión, la orientación sexual, el linaje, la nacionalidad, la discapacidad física o el estado respecto de una enfermedad.

TIPOS DE PROVEEDORES

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER ATENCIÓN DE LA VISIÓN. EL SIGNIFICADO DE LAS PALABRAS Y FRASES EN LETRA CURSIVA SE EXPLICA EN LA SECCIÓN DEFINICIONES DE ESTE FOLLETO DEL PLAN.

Proveedores de atención de la visión de la red. Anthem Blue Cross Life and Health tiene contratos con diversos *proveedores de atención de la visión*, incluidas clínicas de la visión en algunos campus, para proporcionar una red de “proveedores de atención de la visión de la red”. Estos proveedores se llaman “de la red” porque han acordado participar en nuestro programa de proveedores de la red, cuyo nombre es Blue View Vision Insight. Han acordado prestar atención de la visión a los asegurados por una tarifa negociada. El monto de beneficios pagadero conforme a este *plan* para *proveedores de atención de la visión fuera de la red* será diferente al monto pagadero para *proveedores de atención de la visión de la red* o tal vez inferior a este.

Para encontrar un proveedor de atención de la visión de Blue View Vision Insight participante, puede llamar al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación o también puede buscar un *proveedor de atención de la visión de la red* utilizando la función “Encontrar un proveedor” en nuestro sitio web en www.ucop.edu/ucship.

Proveedores de atención de la visión fuera de la red. Los *proveedores de atención de la visión fuera de la red* son proveedores que no han aceptado participar en nuestra red. No han aceptado las tarifas negociadas ni otras disposiciones. Usted deberá pagar los cargos cobrados que superen el máximo para el beneficio de atención de la visión.

RESUMEN DE BENEFICIOS

LOS BENEFICIOS DE ESTE *FOLLETO DEL PLAN* SE BRINDAN SOLO PARA LOS SERVICIOS QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE *FOLLETO DEL PLAN* COMO SERVICIOS CUBIERTOS. EL HECHO DE QUE SU *PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA VISIÓN* RECETE O INDIQUE UN SERVICIO NO IMPLICA, POR SÍ MISMO, QUE SEA UN SERVICIO CUBIERTO O UN *GASTO EN VISIÓN CUBIERTO*.

En este resumen, encontrará una breve descripción de sus beneficios. Para obtener la información completa sobre los beneficios, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de su *plan*, deberá consultar el *folleto del plan* en su totalidad.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISIÓN

Sus beneficios de atención de la visión cubren solo exámenes de los ojos y anteojos. Puede elegir recibir servicios de anteojos prestados por *proveedores de atención de la visión de la red* o de *proveedores de atención de la visión fuera de la red*; sin embargo, sus beneficios se verán afectados por esta elección.

COPAGOS

Copagos de proveedores de atención de la visión de la red

- Examen integral de la visión..... **\$10**
- Marcos **Sin copago**
- Lentes – unifocales, bifocales o trifocales de plástico estándares (un par) **\$25**
- Lentes de contacto **Sin copago**

Nota: Además de los copagos antes mencionados, deberá pagar los montos que superen los máximos para el beneficio de atención de la visión para servicios de atención de la visión. Sin embargo, cuando va a un *proveedor de atención de la visión de la red*, el costo de sus servicios y suministros de atención de la visión que superen el máximo para el beneficio tendrá un precio con descuento.

Copagos de proveedores de atención de la visión fuera de la red.

No se requerirá un copago para los servicios y suministros prestados por un *proveedor de atención de la visión fuera de la red*, pero usted deberá pagar cualquier cargo facturado que supere el máximo para el beneficio de atención de la visión.

MÁXIMOS PARA EL BENEFICIO DE ATENCIÓN DE LA VISIÓN

El *plan* pagará beneficios para los siguientes servicios y materiales, hasta los montos máximos en dólares y los períodos de beneficios que se indican a continuación:

Proveedor de atención de la visión de la red

- Examen integral de la visión..... **Totalmente cubierto**
después del copago
un examen por *año de beneficios**
- Marcos **\$120.00**
más **20%** del saldo restante;
tiene como límite un marco por *año de beneficios**
- Lentes recetados un par
por *año de beneficios**
 - Lentes unifocales **Totalmente cubiertos**
después del copago
 - Lentes bifocales **Totalmente cubiertos**
después del copago
 - Lentes trifocales **Totalmente cubiertos**
después del copago
- Lentes de contacto no optativos..... **Totalmente cubiertos**
una vez por *año de beneficios**
- Lentes de contacto convencionales optativos** **\$120.00**
luego **15%** del saldo restante;
tienen un límite de una vez por *año de beneficios**
- Lentes de contacto descartables optativos** **\$120.00**
tienen un límite de una vez por *año de beneficios**

*Por período de 12 meses.

** Los lentes de contacto reemplazan los anteojos. Si elige lentes de contacto optativos durante un periodo de beneficios, el *plan* no pagará beneficios para anteojos durante ese mismo período de beneficios.

Proveedor de atención de la visión fuera de la red

- Examen integral de la visión.....**\$49.00**
un examen por *año de beneficios**
- Marcos**\$50.00**
un marco por *año de beneficios**
- Lentes recetados un par
por *año de beneficios**

 - Lentes unifocales**\$35.00**
 - Lentes bifocales**\$49.00**
 - Lentes trifocales**\$74.00**

- Lentes de contacto no optativos**\$250.00**
una vez por *año de beneficios**
- Lentes de contacto convencionales optativos****\$92.00**
una vez por *año de beneficios**
- Lentes de contacto descartables optativos****\$92.00**
una vez por *año de beneficios**

*Por período de 12 meses.

** Los lentes de contacto reemplazan los anteojos. Si elige lentes de contacto optativos durante un periodo de beneficios, el *plan* no pagará beneficios para anteojos durante ese mismo período de beneficios.

INFORMACIÓN GENERAL

Contribuciones: El seguro para usted y sus dependientes es un *seguro contributivo*. Se le informará el monto de su contribución (prima) cuando se inscriba.

La dirección de Anthem Blue Cross Life and Health es la siguiente:

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company
Group Services
P.O. Box 70000
Van Nuys, California 91470

SUS BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISIÓN CÓMO SE DETERMINA EL GASTO EN VISIÓN CUBIERTO

El *gasto en visión cubierto* se basa en un cargo máximo para cada servicio o artículo cubierto que el *plan* aceptará. No es necesariamente la suma que factura un *proveedor de atención de la visión* por el servicio. Además, el gasto debe realizarse en la fecha en la que usted recibe el servicio o artículo por el cual se cobra el cargo.

Proveedores de atención de la visión de la red. El máximo de *gasto en visión cubierto* para los servicios prestados por un *proveedor de atención de la visión de la red* será la suma menor entre el cargo facturado o la *tarifa negociada*. Los *proveedores de atención de la visión de la red* han acordado no cobrarle un monto superior a la *tarifa negociada* para los servicios cubiertos.

Si elige marcos o lentes que cuesten más que el máximo para el beneficio de atención de la visión, usted pagará la diferencia a un precio con descuento. Si elige opciones de atención de la visión que no están cubiertas según este *plan*, se le cobrará un precio con descuento.

Proveedores de atención de la visión fuera de la red. El máximo de *gasto en visión cubierto* para los servicios prestados por un *proveedor de atención de la visión fuera de la red* siempre será lo que sea menos del cargo facturado o el máximo para el beneficio de atención de la visión que aparece en el resumen de beneficios. Usted deberá pagar los cargos facturados que superen el máximo para el beneficio de atención de la visión.

Usted siempre deberá pagar los gastos que realice que no estén cubiertos en este *plan*.

COPAGOS Y MÁXIMOS DE BENEFICIOS PARA ATENCIÓN DE LA VISIÓN

Después de restar su copago, se pagarán beneficios hasta alcanzar las sumas del *gasto en visión cubierto*, sin exceder el máximo para el beneficio de atención de la visión correspondiente. Los copagos y máximos para el beneficio de atención de la visión se establecen en el RESUMEN DE BENEFICIOS.

CÓMO UTILIZAR SUS BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISIÓN

Cuando vaya a un proveedor de atención de la visión de la red. Para identificarlo a usted como una persona asegurada con cobertura para beneficios de atención de la visión, se le emitirá una tarjeta de identificación. Cuando vaya a la cita, debe presentar esta tarjeta a los *proveedores de atención de la visión de la red* (que incluye su clínica de la visión en campus, si tiene alguna). Un *proveedor de atención de la visión de la red* solo le cobrará su copago y los cargos que superen el máximo para el beneficio de atención de la visión. Cuando un *proveedor de atención de la visión de la red* le factura servicios cubiertos, el *plan* los pagará directamente.

Cuando vaya a un proveedor de atención de la visión fuera de la red. Si va a un *proveedor de atención de la visión fuera de la red* para obtener servicios, deberá pagar el costo total del examen de los ojos o los lentes que compre. Debe realizar copias de las facturas y los recibos para sus propios registros. Envíe el recibo con las facturas originales adjuntas, junto con su número de identificación, a la siguiente dirección:

**Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company
Blue View Vision
P.O. Box 8504
Mason, OH 45040-7111**

Debe enviar su recibo del *proveedor de atención de la visión* junto con su número de identificación dentro de los 90 días posteriores a la fecha del examen o la compra. Si no es lógicamente posible presentar la reclamación dentro de ese plazo, se otorgará una extensión de hasta 12 meses.

CONDICIONES DE LA COBERTURA

Para que los gastos realizados por servicios o suministros se consideren *gastos en visión cubiertos*, deben cumplirse las siguientes condiciones de cobertura.

1. Usted debe realizar el gasto mientras está cubierto por este *plan*. El gasto debe realizarse en la fecha en la que usted recibe el servicio o artículo por el cual se cobra el cargo.
2. El gasto debe ser por una atención de rutina de los ojos, no por cirugías o atención médica.
3. El gasto debe ser por un servicio o artículo de atención de la visión incluido en Atención de la Visión Cubierta. Los límites adicionales para el *Gasto en Visión Cubierta* se detallan en los beneficios específicos y en Resumen de Beneficios.

4. El gasto no debe ser por un servicio o artículo de atención de la visión incluido en Atención de La Visión No Cubierta. Si el servicio o artículo está excluido parcialmente, entonces, solo aquella parte que no está excluida se considerará un *gasto en visión cubierta*.
5. El gasto no debe exceder ningún beneficio máximo ni ninguna limitación del *plan*.
6. Todos los servicios y materiales deben ser indicados por un oftalmólogo, optometrista u óptico autorizado para recetar que tengan licencia.

ATENCIÓN DE LA VISIÓN CUBIERTA

Sujetos a los máximos para el beneficio de atención de la visión estipulados en el resumen de beneficios, a los requisitos establecidos en la sección condiciones de la cobertura y a las exclusiones o limitaciones detalladas en la atención de la visión no cubierta, el *plan* proporcionará beneficios para los servicios y materiales que se detallan a continuación:

Lentes de contacto optativos. Se le permite una vez por *año de beneficios* obtener lentes de contacto cosméticos seleccionados en lugar del beneficio de lentes para anteojos. Si elige lentes de contacto con un valor superior al permitido por el *plan*, deberá pagar la diferencia. Si elige recibir lentes de contacto durante un *año de beneficios*, no se pagarán beneficios para lentes durante ese mismo *año de beneficios*.

Marcos. El *proveedor de atención de la visión* le ayudará a elegir marcos, a probar y ajustar adecuadamente los marcos, y le brindará ajustes posteriores de los marcos para mantener la comodidad y la eficacia. Si va a un *proveedor de atención de la visión de la red* y elige marcos que cuesten más que el máximo para el beneficio que se detalla en la sección Resumen de beneficios: Máximos para el Beneficio de Atención de la Visión, su costo estará basado en un acuerdo de descuentos.

Lentes. El *proveedor de atención de la visión* realizará el pedido de los lentes necesarios para el bienestar de su visión. El *proveedor de atención de la visión* verificará la precisión de los lentes terminados. Los lentes cubiertos incluyen los siguientes lentes plásticos (CR39):

1. Unifocales
2. Bifocales
3. Trifocales (FT25-28)
4. Lentes progresivos

Los beneficios de lentes incluyen revestimiento antirrayas de fábrica. Los lentes fotocromáticos y de policarbonato recetados para cualquier persona menor de 19 años están cubiertos en su totalidad. Todo otro revestimiento, otros materiales o tratamientos para lentes no están cubiertos.

Usted deberá pagar los cargos que superen el máximo para el beneficio de atención de la visión.

Lentes de contacto no optativos. Los lentes no optativos se proporcionan por motivos que no son cosméticos y tienen un máximo de beneficio por *año de beneficios*. Los lentes de contacto no optativos están cubiertos cuando se han identificado o diagnosticado las siguientes afecciones:

1. Agudeza visual extrema u otros problemas funcionales que no pueden corregirse con anteojos.
2. Queratocono: estrechamiento inusual de la córnea con forma de cono que generalmente se produce antes de los 20 años.
3. Ametropía alta: niveles inusualmente altos de miopía o presbicia.
4. Anisometropía: cuando un ojo requiere una receta muy diferente que el otro ojo.

Examen de la visión. Un análisis completo inicial de la visión que incluye un examen adecuado de las funciones visuales y recetar anteojos correctivos, si corresponde. Esto no incluye la tarifa por el ajuste de la lente de contacto.

ATENCIÓN DE LA VISIÓN NO CUBIERTA

El *plan* no realizará pago alguno en relación con gastos que se generen por los siguientes elementos o en relación con ellos. (Los títulos que se utilizan para estas exclusiones y limitaciones son solo para facilitar la comprensión; no son parte integral de las exclusiones y limitaciones ni modifican su significado).

Opciones cosméticas. Lentes bifocales/sin línea, lentes de tamaño mayor a lo normal, lentes multifocales progresivas, lentes fotocromáticas, lentes coloreadas, excepto lo específicamente estipulado en la cláusula "lentes" de la sección Atención de la visión cubierta, lentes recubiertas, excepto el revestimiento antirrayas de fábrica, lentes o procesos cosméticos y lentes con protección UV.

Crimen o energía nuclear. Afecciones producto de: (1) la perpetración de un delito grave o el intento de cometer un delito grave; o bien, (2) toda liberación de energía nuclear, independientemente de que se produzca como consecuencia de una guerra, cuando existan fondos del gobierno para tratar la enfermedad o lesión que se produzca como consecuencia de dicha liberación de energía nuclear.

Sumas excedentes. Todo monto que supere el *gasto para atención de la visión cubierto*.

Experimentales o de investigación. Todos los servicios o artículos *experimentales* o de *investigación*.

Cirugía ocular. Todo tratamiento médico o quirúrgico de los ojos y toda prueba de diagnóstico. Toda cirugía ocular que se realice exclusiva o principalmente para corregir defectos de refracción, como la miopía (disminución de la visión) o el astigmatismo. Lentes de contacto y anteojos necesarios como consecuencia de esta cirugía.

Tratamiento gubernamental. Servicios provistos por agencias gubernamentales locales, estatales o federales o por el distrito escolar o el sistema de escuelas públicas, excepto cuando se exija expresamente por la ley federal o estatal el pago según este *plan*. El *plan* no cubrirá el pago de dichos servicios si no se le requiere pagarlos o si se le proporcionan en forma gratuita.

Atención en el hospital. Atención de la visión en hospital a pacientes internados y ambulatorios.

Marcos y lentes rotos o perdidos. Lentes o marcos rotos o perdidos, a menos que haya alcanzado un nuevo periodo de beneficios.

Proveedores de atención de la visión no autorizados. Tratamientos o servicios prestados por *proveedores de atención de la visión* no autorizados y tratamientos o servicios para los que el proveedor no necesita estar autorizado. Esto incluye tratamientos o servicios prestados por un *proveedor de atención de la visión* no autorizado bajo la supervisión de un médico autorizado o un *proveedor de atención de la visión* autorizado, a menos que el *administrador de reclamaciones* disponga o acuerde específicamente otra cosa.

Lentes de venta sin receta. Todos los anteojos, lentes o lentes de contacto no recetados. Lentes planas o lentes que no tienen efecto refractivo.

Sin especificar. Servicios no mencionados específicamente como cubiertos en este *plan*.

Ortótica. Ortótica o entrenamiento de la visión, y cualquier prueba complementaria relacionada.

Contratos privados. Servicios o suministros brindados de conformidad con un contrato privado celebrado entre el *miembro* y un proveedor, para el que se prohíben los reembolsos según las disposiciones del programa Medicare, tal como se especifica en la Sección 1802 (42 U.S.C. 1395a) del Título XVIII de la Ley de Seguro Social.

Exámenes o pruebas de rutina. Exámenes o pruebas de rutina requeridos para un empleo.

Anteojos de seguridad. Lentes de seguridad y marcos accesorios.

Servicios de parientes. Los servicios o suministros profesionales recibidos de una persona que vive con usted o que tenga un vínculo sanguíneo o marital con usted.

Lentes de sol. Lentes de sol y marcos accesorios.

Sin seguro. Servicios recibidos antes de su *fecha de entrada en vigencia* o después de que finaliza su cobertura.

Pago voluntario. Servicios por los cuales no tenga una obligación legal de pagar. Servicios por los cuales no se le cobra. Servicios que no se cobran por la ausencia de cobertura del seguro.

En relación con el trabajo. Afecciones relacionadas con el trabajo si los beneficios se recuperan o se pueden recuperar, ya sea por adjudicación, acuerdo u otros medios, en virtud de cualquier ley de compensación para trabajadores, de responsabilidad del empleador o de enfermedad ocupacional, aun cuando usted no reclame esos beneficios.

DISPOSICIONES GENERALES

Prestación de la atención. No estamos obligados a prestar ningún tipo de atención de la visión; tampoco somos responsables de la calidad de este tipo de atención que usted recibe.

Contratistas independientes. La relación entre el *administrador de reclamaciones* y los proveedores es una relación de contratista independiente. Los oftalmólogos, optometristas y ópticos autorizados para recetar no son agentes del *administrador de reclamaciones*, tampoco ellos ni ninguno de sus empleados son empleados o agentes de cualquier *proveedor de atención de la visión* de ningún tipo.

No regulación de proveedores. Los beneficios de este *plan* no regulan los montos cobrados por los proveedores de atención de la visión, excepto en la medida en que las tarifas de los servicios cubiertos se regulan mediante los *proveedores de atención de la visión de la red*.

Términos de la cobertura

1. Para tener derecho a recibir los beneficios que ofrece el *plan*, tanto el *plan* como su cobertura según el *plan* deben estar vigentes en la fecha en que se genera el gasto que ocasiona una reclamación de beneficios.
2. Los beneficios a los que tendrá derecho dependerán de los términos de la cobertura que estén vigentes en la fecha en que se genera el gasto que ocasiona una reclamación de beneficios. Un gasto se genera en la fecha en que usted recibe el servicio o suministro para el cual se realiza el cargo.
3. El *plan* está sujeto a enmiendas, modificaciones o a su finalización de acuerdo con las disposiciones del *plan*. Esto puede llevarse a cabo sin su consentimiento o aprobación.

No discriminación. No se negará la inscripción a ninguna persona que reúna los requisitos por el estado de salud, las necesidades de atención médica, la información genética, la información médica previa, la discapacidad, la orientación o identidad sexual, el sexo o la edad.

Protección de la cobertura. No tenemos derecho a cancelar su cobertura según este *plan* mientras: (1) este *plan* esté vigente; (2) usted sea elegible y (3) se paguen sus aportes mensuales obligatorios de acuerdo con los términos del *plan*.

Libre elección de proveedor. Este *plan* no interfiere de ninguna manera en su derecho a elegir un *proveedor de atención de la visión* como *miembro* con derecho a recibir beneficios de atención de la visión. Puede elegir cualquier *proveedor de atención de la visión* que brinde atención cubierta según este *plan*, y que esté debidamente autorizado conforme a las leyes estatales y locales correspondientes. Pero su elección puede afectar los beneficios pagaderos de acuerdo con este *plan*.

Gastos que superan los beneficios. No somos responsables del pago de ningún gasto que usted realice que supere los beneficios de este *plan*.

Beneficios no transferibles. Solo los *miembros* tienen derecho a recibir los beneficios que ofrece este *plan*. El derecho a los beneficios no puede ser transferido.

Notificación de reclamación y Prueba del siniestro. Usted o el *proveedor de atención de la visión* deben enviarle al *administrador de reclamaciones* una factura detallada dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que usted recibe el servicio o suministro por el cual se realiza la reclamación. Los servicios recibidos y los cargos por los

servicios deben detallarse y describirse correcta y claramente. Si no es lógicamente posible presentar la reclamación dentro de ese plazo, se otorgará una extensión de hasta 12 meses. Salvo en el caso de incapacidad legal, el *administrador del plan* no será responsable del pago de los beneficios del *plan* si usted no presenta las reclamaciones dentro del plazo requerido. El *administrador del plan* no será responsable de los beneficios si el *administrador de reclamaciones* no recibe a tiempo la prueba escrita del siniestro. No se aceptan cheques ni recibos de caja cancelados.

Pago en tiempo de las reclamaciones. Cualquier beneficio correspondiente a este *plan* se pagará una vez que el *administrador de reclamaciones* haya recibido prueba escrita del siniestro adecuada y toda la información adicional y razonablemente necesaria que exija el *administrador de reclamaciones* para determinar nuestra obligación.

Pago a proveedores. El *plan* pagará los beneficios directamente a los *proveedores de atención de la visión de la red*. Además, el *plan* pagará directamente a los *proveedores de atención de la visión fuera de la red* cuando usted asigne beneficios por escrito. Estos pagos saldan nuestra obligación con usted por esos servicios cubiertos.

Derecho de recuperación. Cada vez que se haga un pago por error, el *administrador de reclamaciones* tendrá derecho a una recuperación de dicho pago de usted o, si corresponde, del proveedor, de acuerdo con las leyes y normas vigentes. En caso de que el *administrador de reclamaciones* recupere del proveedor un pago hecho por error, salvo en casos de fraude o declaraciones falsas de ese proveedor, el *administrador de reclamaciones* solo recuperará dicho pago del proveedor dentro de los 365 días desde la fecha en que se hizo el pago por la reclamación presentada por el proveedor. El *administrador de reclamaciones* se reserva el derecho de deducir o compensar los montos pagados por error de cualquier reclamación pendiente o futura.

En determinadas circunstancias, si el *administrador de reclamaciones* paga los montos del proveedor de servicios de la salud que usted debe pagar (como deducibles, copagos o coseguros), el *administrador de reclamaciones* podrá cobrárselos directamente a usted. Usted acepta que el *administrador de reclamaciones* tiene derecho a una recuperación de esos montos de usted.

El *administrador de reclamaciones* tiene la responsabilidad de supervisar el cumplimiento con el proveedor y el prestador y controlar los contratos de los subcontratistas. El *administrador de reclamaciones* puede celebrar un acuerdo o compromiso con respecto al cumplimiento de estos contratos y conservar cualquier recuperación hecha por un proveedor, prestador o subcontratista resultante de estas auditorías si la devolución del pago en exceso no es factible.

El *administrador de reclamaciones* ha establecido políticas de recuperación con el fin de determinar qué montos pueden recuperarse, cuándo desembolsar costos y gastos, y si acordar o comprometer montos de recuperación. El *administrador de reclamaciones* no insistirá en recuperar pagos en exceso si el costo de la cobranza supera el monto del pago en exceso. Es posible que el *administrador de reclamaciones* no le notifique los sobrepagos que ha hecho o que ha hecho usted si el método de recuperación hace que brindar dicha notificación sea una carga administrativa.

Seguro de compensación para trabajadores. El *plan* no afecta ningún requisito para recibir la cobertura del seguro de compensación para trabajadores. Tampoco lo reemplaza.

Responsabilidad de pago a los proveedores. En caso de que el *plan* no le pague a un proveedor que le ha proporcionado beneficios a usted, usted deberá pagar a ese proveedor todos los montos que el *plan* no le pague.

Cláusulas de renovación. El *plan* está sujeto a la renovación con cierta frecuencia. El aporte mensual obligatorio u otros términos del *plan* podrán modificarse ocasionalmente.

Acuerdos financieros con proveedores. Conforme a los acuerdos realizados con algunos prestadores y proveedores de atención médica (en adelante, en conjunto, "Proveedores"), algunos descuentos, pagos, devoluciones, conciliaciones, incentivos, ajustes o asignaciones, incluidas, entre otros, las devoluciones de servicios de atención de la visión, se podrán basar en el uso de proveedores específicos para servicios de atención de la visión específicos provistos a todas las personas con cobertura otorgada por un programa de atención de la visión similar provisto o administrado por Anthem Blue Cross Life and Health o una filial. Dichos conceptos no se atribuyen a reclamaciones ni planes específicos y no redundan en beneficios para ningún individuo ni grupo cubierto, pero es posible que sean tenidos en cuenta por Anthem Blue Cross Life and Health o una filial para determinar sus tarifas, cargos de suscripción o primas.

DEFINICIONES

A continuación se explica la terminología clave utilizada en este *folleto del plan*. Los términos clave que figuran más abajo aparecerán siempre en letra cursiva. Cuando uno de los términos más abajo aparezca en letra cursiva en su *folleto del plan*, debe consultar esta sección.

Año de beneficios es un período de 12 meses que determina la solicitud de sus beneficios, como la acumulación para el deducible anual y la acumulación para los máximos o limitaciones de beneficios anuales. Su *año de beneficios* comienza el primer día del mes en el cual comienza su *período de cobertura*.

Hijo se refiere a quienes cumplen con los requisitos de elegibilidad del *plan* para calificar como hijos según se indica en la sección Cómo Comienza y Termina La Cobertura.

Administrador de reclamaciones se refiere a Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. En nombre de Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, Anthem Blue Cross prestará todos los servicios administrativos asociados con el procesamiento de reclamaciones relacionadas con el *plan*.

Seguro contributivo; seguro no contributivo. El seguro contributivo es aquel por el cual el *administrador del plan* tiene el derecho de requerir sus contribuciones. El *seguro no contributivo* es aquel por el cual el *administrador del plan* no tiene el derecho de requerir sus contribuciones. El Resumen de beneficios muestra si el seguro según una cobertura es un *seguro contributivo* o un *seguro no contributivo*.

Período de cobertura es el período durante el cual un estudiante y sus dependientes son elegibles para recibir los beneficios de este *plan*.

Gasto en visión cubierto es el gasto que realizó por un servicio o artículo cubierto, que no debe superar las sumas máximas que se describen en la sección Sus beneficios de atención de la visión: Cómo se determina el gasto en visión cubierto. Se considera que el gasto se realizó el día que recibe el servicio o artículo.

Dependiente se refiere a quienes cumplen con los requisitos de elegibilidad del *plan* para calificar como dependientes según se indica en la sección Cómo Comienza y Termina La Cobertura.

Pareja doméstica se refiere a quien cumple con los requisitos de elegibilidad del *plan* para calificar como tal según se indica en la sección CÓMO COMIENZA Y TERMINA LA COBERTURA: CÓMO COMIENZA LA COBERTURA.

Fecha de entrada en vigencia se refiere a la fecha en que comienza la cobertura con este *plan*.

Procedimientos **experimentales** son aquellos que básicamente están limitados a investigaciones en laboratorio o con animales.

Grupo se refiere a la entidad para la que emitimos este acuerdo de cobertura. El nombre del *grupo* es UNIVERSITY OF CALIFORNIA STUDENT HEALTH INSURANCE PLAN.

Persona asegurada es el *estudiante asegurado* o el *dependiente asegurado*.

Estudiante asegurado (estudiante) se refiere a la persona asegurada principal; es decir, aquella autorizada para inscribirse en este *plan* y para inscribir a sus dependientes elegibles.

Procedimiento o medicación de **investigación** se refiere a aquellos procedimientos o medicaciones que se utilizan de manera limitada en seres humanos, pero que no son ampliamente reconocidos como probados y eficaces por la comunidad médica organizada.

Tarifa negociada es la suma que los *proveedores de atención de la visión de la red* acuerdan aceptar como pago total por los servicios cubiertos. En general, la tarifa negociada es menor que el cargo normal. Las tarifas negociadas se determinan a través de los acuerdos de participación en el plan de la organización de proveedores preferidos.

Proveedor de atención de la visión fuera de la red es un proveedor que no tiene un acuerdo como proveedor preferido con el *administrador de reclamaciones* en el momento en que se prestan los servicios.

Proveedor de atención de la visión de la red es un proveedor que tiene un acuerdo vigente como proveedor participante en el plan de organización de proveedores preferidos con el *administrador de reclamaciones* en el momento en que se prestan los servicios. Los proveedores de atención de la visión de la red acuerdan aceptar la *tarifa negociada* como pago de los servicios cubiertos.

Plan es el conjunto de beneficios descritos en este folleto y en las modificaciones de este (si hubiera alguna). Este *plan* está sujeto a los términos y las condiciones del acuerdo de cobertura que emitimos para el *grupo*. Si se realiza algún cambio en el *plan*, se emitirá un folleto modificado o revisado para que cada *estudiante asegurado* del *grupo* que se vea afectado por dicho cambio lo reciba.

El **Folleto del plan (folleto del plan)** es esta descripción escrita de los beneficios provistos por el *plan*.

Año del plan es la fecha de comienzo y finalización del *año del plan* de UC SHIP, utilizada a los fines del contrato del *plan*, gestión financiera e informe de datos.

Plan anterior es un plan patrocinado por el *administrador del plan* que fue reemplazado por este *plan* dentro de los 60 días. Se considera que usted está cubierto por el *plan anterior* si: (1) tuvo cobertura con el *plan anterior* en la fecha en que finaliza, (2) está inscrito correctamente para obtener cobertura dentro de los 31 días de la fecha de entrada en vigor de este *plan* y (3) la cobertura terminó únicamente debido a la finalización del plan anterior.

Cónyuge se refiere a quien cumple con los requisitos de elegibilidad del *plan* como tal, según se indica en la sección *Cómo comienza y termina la cobertura*.

Proveedor de atención de la visión es un oftalmólogo, optometrista u óptico autorizado para recetar que tenga licencia para prestar servicios de atención de la visión, preste un servicio dentro del alcance de su licencia y preste un servicio para el que se especifican beneficios en este *folleto del plan*.

Nosotros (a nosotros y nuestro) hace referencia al *Administrador del plan*.

Usted (su) se refiere al *estudiante asegurado* y los dependientes que están inscritos para los beneficios según el *plan*.

Obtenga ayuda en su idioma

¿Quiere saber lo que significa todo esto? A nosotros nos pasaría lo mismo. Esta es la versión en inglés:

Tiene el derecho de obtener esta información y ayuda en su idioma en forma gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación para obtener ayuda. (TTY/TDD: 711)

Además del programa de asistencia lingüística del administrador de reclamaciones, ponemos a disposición de los miembros con problemas visuales documentos en formatos alternativos. Si necesita una copia de este documento en un formato alternativo, llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de ID.

Español

Tiene el derecho de obtener esta información y ayuda en su idioma en forma gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación para obtener ayuda. (TTY/TDD: 711)

Arabic

يحق لك الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك مجاناً. اتصل برقم خدمات الأعضاء الموجود على بطاقة التعريف الخاصة بك

للمساعدة (TTY/TDD: 711).

Armenian

Դուք իրավունք ունեք Ձեր լեզվով անվճար ստանալ այս տեղեկատվությունը և ցանկացած օգնություն: Օգնություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված համարով: (TTY/TDD: 711)

Chinese

您有權使用您的語言免費獲得該資訊和協助。請撥打您的 ID 卡上的成員服務號碼尋求協助。(TTY/TDD: 711)

Farsi

شما این حق را دارید که این اطلاعات و کمکها را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک به شماره مرکز خدمات اعضاء که بر روی کارت شناساییتان درج شده است، تماس بگیرید. (TTY/TDD: 711)

Hindi

आपके पास यह जानकारी और मदद अपनी भाषा में मुफ्त में प्राप्त करने का अधिकार है। मदद के लिए अपने ID कार्ड पर सदस्य सेवाएँ नंबर पर कॉल करें।(TTY/TDD: 711)

Hmong

Koj muaj cai tau txais qhov lus qhia no thiab kev pab hais ua koj hom lus yam tsis xam tus nqi. Hu rau tus nab npawb xov tooj lis Cov Kev Pab Cuam Rau Tswv Cuab nyob rau ntawm koj daim ID txhawm rau thov kev pab. (TTY/TDD: 711)

Japanese

この情報と支援を希望する言語で無料で受けることができます。支援を受けるには、IDカードに記載されているメンバーサービス番号に電話してください。(TTY/TDD: 711)

Khmer

អ្នកមានសិទ្ធិត្រូវបានការទទួលព័ត៌មាននេះ
និងទទួលបានជំនួយជាការសាររបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។
សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខសេវាសមាជិកដែលមានលេខ ៧១១ ID
របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានជំនួយ។(TTY/TDD: 711)

Korean

귀하에게는 무료로 이 정보를 얻고 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 도움을 얻으려면 귀하의 ID 카드에 있는 회원 서비스 번호로 전화하십시오. (TTY/TDD: 711)

Punjabi

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਮਦਦ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।
ਮਦਦ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।(TTY/TDD: 711)

Russian

Вы имеете право получить данную информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Для получения помощи звоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному на вашей идентификационной карте. (TTY/TDD: 711)

Tagalog

May karapatan kayong makuha ang impormasyon at tulong na ito sa ginagamit ninyong wika nang walang bayad. Tumawag sa numero ng Member Services na nasa inyong ID card para sa tulong. (TTY/TDD: 711)

Thai

ท่านมีสิทธิขอรับบริการสอบถามข้อมูลและความช่วยเหลือในภาษาของท่านฟรี โทรไปที่หมายเลขฝ่ายบริการสมาชิกบนบัตรประจำตัวของท่านเพื่อขอความช่วยเหลือ (TTY/TDD: 711)

Vietnamese

Quý vị có quyền nhận miễn phí thông tin này và sự trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị. Hãy gọi cho số Dịch Vụ Thành Viên trên thẻ ID của quý vị để được giúp đỡ. (TTY/TDD: 711)

Es importante que lo tratemos de forma justa.

Por este motivo, nuestras actividades y nuestros programas de salud cumplen con leyes federales de derechos civiles. No discriminamos, excluimos ni tratamos de manera diferente a las personas por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para las personas con discapacidades, ofrecemos ayudas y servicios gratuitos. Para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, ofrecemos servicios gratuitos de asistencia de idiomas por medio de intérpretes y materiales escritos en otros idiomas. ¿Le interesan estos servicios? Llame al número de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación para obtener ayuda (TTY/TDD: 711). Si considera que no hemos logrado ofrecer estos servicios adecuadamente o ha sido discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación, a la que también se conoce como queja formal. Puede presentar una queja a nuestro Coordinador de Quejas por escrito al Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279 o por correo electrónico a compliance.coordinator@anthem.com. O bien, puede presentar una reclamación ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, en 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201, llamando por teléfono al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o por Internet a través de <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.