

福利手册

(在下页中称为“手册”)

Blue View Vision Plan

University of California Student Health Insurance Plan

2018 - 2019

尊敬的计划会员：

本计划手册详细说明了您的福利、限制以及适用于您的其他计划规定。

本手册中受承保的学生及家属（“会员”）称为“您”和“您的”。计划管理方则被称为“我们”、“我们”和“我们的”。

所有大写单词均有特定定义。这些定义可在本手册的“定义”一节中找到。

请仔细阅读本计划手册，以便了解您的计划所提供的所有福利。请妥善保管本计划手册，以防您对自己的承保范围有任何疑问。

重要事项：这并非受保福利计划。本计划手册或其中任何修正案中描述的福利均由本大学资助。Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 执行与计划下的申索处理相关的所有行政服务，并拥有完全和最终的自由裁量权和权限，以决定会员是否有权以及在何种程度上享受该计划下的福利。Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 不承担任何与福利资金有关的财务风险或义务。

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 是 Blue Cross Association 的独立许可证持有人。

UC SHIP 会员服务部电话号码：1-866-940-8306

UC SHIP 网站：www.ucop.edu/ucship

投诉声明

所有与本计划下承保范围相关的投诉和争议均必须遵照计划的申诉程序解决。申诉可通过致电 **1-866-940-8306** 或以书面形式（寄给 **Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, 21555 Oxnard Street, Woodland Hills, CA 91367**，请注明会员服务部注意）完成。如果您愿意，申索管理方将提供一份投诉表，您可以使用该表来解释此事。

在该计划下收到的所有申诉将以书面形式确认，并附上一份说明，解释申索管理方为解决申诉提出的方法。

计划下承保资格相关的申诉应在就您不符合承保资格进行通知的 **60** 天内以书面形式提交至您的校园学生健康和咨询服务处。您应附上您的申诉所依据的所有信息和文件。学生健康和咨询服务处将以书面形式通知您有关您合格与否的结论。如果学生健康和咨询服务处确认您不符合资格，您可以书面形式要求 **UC Student Health Insurance Plan (UC SHIP)** 办公室审核此决定。您的审核申请应在收到学生健康和咨询服务处确认您不符合资格的通知后 **60** 天内发送，并应附上与您的申诉相关的所有信息和文件。您的审核申请应提交至：**University of California Student Health Insurance Plan, Risk Services, 1111 Franklin Street, 10th Floor, Oakland, CA 94607**。UC SHIP 主任的决定将具有最终裁定效力。

UC SHIP 会员服务部电话号码：1-866-940-8306

UC SHIP 网站：www.ucop.edu/ucship

申索管理者:

ANTHEM BLUE CROSS

代表

ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY

目录

承保如何开始和结束	1
承保如何开始.....	1
承保如何结束.....	4
服务提供类型	5
福利摘要	5
视力护理福利	5
一般信息	7
您的视力护理福利	8
承保视力服务费用如何确定.....	8
视力护理共担额和福利最大限额.....	8
如何适用您的视力护理福利.....	8
承保条件.....	8
受承保的视力护理.....	9
未受承保的视力护理.....	10
一般规定	11
定义	13

承保如何开始和结束

承保如何开始

合格情况

参保学生

1. 以下类别的学生将自动被登记为参保学生：

a. 所有注册学生，包括所属以下 **University of California** 校区的国内和国际学生：

- 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 Barbara
- x. Santa Cruz

b. 1.a 中列出的 **University of California** 校区的所有研究生均缺席注册。

c. **UC San Francisco** 校区内登记参与“**Scholars and Researchers Health Plan**”的个人，其中包括属于非注册学生，但同时也属于从事经校区核准的计划或学术追求的学者和/或研究人员的个人。每位登记者必须出示来自项目校区代表的正式核准证明。

注：学生可在他或她的所属校区指定的豁免期内通过提供符合大学规定的医疗福利标准的其他医疗承保证明，免于登记加入 **UC SHIP**。豁免在一个学年内有效，且必须在每个秋季季度或学年学期开学时的豁免期内再次完成。也可提供一年内每个学期（冬季或春季季度或学期）的豁免申请。有关免除 **UC SHIP** 登记的信息可在学生所在校区的学生健康保险办公室获取。

2. 以下类别的个人可作为参保学生自愿登记：

a. **University of California** 的 Davis、Irvine、Los Angeles、Merced、Riverside、San Diego、San Francisco、Santa Barbara 和 Santa Cruz 校区的所有处于非注册“登记费”状态的学生，他们在 **University of California** 的支持下完成学业，由校区决定但不参加课程。处于交付登记费状态的学生可购买最多为一学期或一季度的计划承保。这些学生可通过拨打 800-853-5899 联系 USI 保险服务部进行登记。

b. 所有在 Davis、Merced 和 Santa Cruz 校区的非注册研究生和本科生；分别在 Los Angeles 分校和 Riverside 分校，处于计划教育假期 (PELP) 期间的研究生和本科生；在 Irvine、Los Angeles、Riverside、San Diego、San Francisco 校区的研究生；以及在 Santa Cruz 校区，处于受核准休假 (LOA) 期间的研究生和本科生。这些学生可购买最多一学期或两季度的计划承保，并可拨打 800-853-5899 联系 USI 保险服务部进行登记。

c. **University of California** 各校区内在其希望购买保险的学年的前一学期期间完成其学位（毕业）的所有往届学生。这些个人可购买最多一学期或一季度的 **UC SHIP**。这些个人可通过拨打 800-853-5899 联系 USI 保险服务部进行登记。在学生希望购买保险的学年的前一学期内，该学生必须收到该计划的承保。

注：上文第 2 项中描述的非注册学生只有在其符合以下标准的情况下才可购买 UC SHIP：

- a. 他们在前一学期期间登记加入 UC SHIP；或
- b. 他们出示在过去 30 天内非自愿丧失其其他承保的证明。

合格家属

1. 以下类别的参保学生家属可自愿登记加入本计划：

- a. 配偶：参保学生的合法配偶。
- b. 同居伴侣：基于以下方法之一被确定为参保学生同居伴侣的个人：(i) 加州的伴侣关系注册；(ii) 在另一司法管辖区内除婚姻外的同性法律关系的确立，该法律关系实质上等同于在加州注册的同居伴侣关系；或 (iii) 向本大学提交 **Declaration of Domestic Partnership**（同居伴侣关系声明）表格。参保学生的异性同居伴侣只有在其中一方或双方均年满 62 岁或以上并有资格获得基于年龄的社保福利时才有资格享受承保。
- c. 子女：参保学生的子女（们）须遵照以下条件：
 - 未满 26 岁的亲生子女
 - 继子女：继子女须未满 26 岁并且自参保学生与其家长结婚之日起属于受抚养人。
 - 领养子女须未满 26 岁，包括参保学生或参保学生的配偶或同居伴侣出于领养的目的所安置的子女，承保自安置当天起生效，其日期由负责安置的机构给出证明。
 - 参保学生同居伴侣的子女：参保学生同居伴侣的子女须未满 26 岁并且自同居伴侣关系生效之日起属于受抚养人。
 - 寄养子女：寄养子女须未满 18 岁，并且自参保学生安置当天起属于受抚养人，收养日期由负责安置的机构给出证明。在某些情况下，根据《California Welfare and Institutions Code》第 11400 (v) 节的定义，可依照针对非未成年受抚养人的规定，放宽对寄养子女的年龄限制。
 - 参保学生在法律上被要求依照行政或法院命令为其子女提供健康保险，前提是该子女在其他方面符合 UC SHIP 的资格要求。
 - 受抚养的成年子女：年满 26 岁或以上的子女，并且：(i) 在事前计划下受承保，或享有六个月或更长时间的可靠承保，(ii) 主要依赖该学生、其配偶或同居伴侣提供支持和抚养，以及 (iii) 由于身体或心理状况而无法自我维持就业。医师必须以书面形式证明该子女由于身体或心理状况而无法自我维持就业。本大学可要求提供这些状况的证据以便继续提供承保。本大学必须在该学生收到要求的 60 天内在不对学校造成损失的前提下获取证明。本大学可要求提供须持续保持依赖关系且身体或心理状况仍然存在的证据，但是在得到最初的证明后，每年不得提出多于一次的此类要求。该例外情况将持续到子女因持续的身体或心理状况不再主要依赖于该学生、其配偶或同居伴侣提供支持和抚养为止。如果子女在联邦所得税方面符合受抚养的条件，他或她则被视为主要依赖于支持和抚养。

注：如果学生家长或同居伴侣均为参保学生享受承保，则其子女可能会被视为其中任一方的家属，而非两者的家属。

2. 学生在让其家属登记加入计划时，必须提供家属身份证明。以下文件将被接受：

- a. 对于配偶，需要结婚证书
- b. 对于同居伴侣，需要加州签发的注册同居伴侣关系证书，或在另一司法管辖区内确立的除婚姻外的同性法律关系的证书，或由本大学签发的完整的家庭伴侣声明表格

- c. 对于亲生子女，需要表明学生是子女父母的出生证明
- d. 对于继子女，需要出生证明，以及表明出生证明上所列的父母之一与该学生结婚的结婚证书
- e. 对于同居伴侣的亲生子女，需要表明该同居伴侣是子女父母的出生证明
- f. 对于收养或寄养子女，需要来自安置机构表明该学生或其同居伴侣有控制该子女健康护理的合法权利的文件
- g. 对于法院命令所涉及的子女，需要法院文件的副本。

为了让子女享受承保，该计划可能会要求您向 **USI** 保险服务部提供一份任何授予您对该子女的监护权的法律文件副本。必须提供该文件或翻译成英文。

承保期

承保日期因学生进行登记的校区和计划而异。请联系学生健康和咨询服务处以了解有关承保期的信息。

登记

我们不要求注册学生提供书面申请。**University of California** 将保留在每个学期/季度注册的所有学生的记录，并且除了提供他们享受其他符合本大学所定标准的医疗承保的学生外，所有注册学生都将在其注册的每个学期/季度中在本计划下登记承保。请查看您的校区网站了解承保期。

在承保期内非自愿丧失其他健康承保的学生必须通过此前的健康保险公司的正式书面终止通知书向学生健康和咨询服务处通报。如果学生在丧失其承保的 **31** 天内向学生健康和咨询服务处进行了通报，他们将在其非自愿丧失其他承保之日起登记加入本计划。如果学生在 **31** 天内未通报学生健康和咨询服务处，则承保将在学生支付全额保费之日生效。对于承保期开始后进行的登记，其保费不按比例计算。

自愿登记的非注册学生和学生家属必须针对每次承保期提交登记申请。请于**太平洋标准时间周一至周五上午 8:30 至下午 5:00 拨打 800-853-5899** 致电 **USI** 以获取**登记信息**。登记申请必须在承保期的登记期限内收到，登记期限根据承保期而有所不同。登记将不会延续至下一承保期，除非收到新申请。

学生家属可在以下日期后的 **31** 个自然日内，在特定承保期的登记期之外进行登记：

1. 对于配偶，则为结婚证书的签发日期。
2. 对于同居伴侣，则为加州签发同居伴侣声明的签发日期，或在另一司法管辖区内形成除婚姻外的同性法律关系的日期，或由本大学签发的完整家庭伴侣声明表格被学生健康和咨询服务处所接收的日期。
3. 对于亲生子女，则为出生日期。
4. 对于领养或寄养子女，则为被学生或同居伴侣收养安置的日期。
5. 对于任何家属，则为丧失其他承保的日期。必须在登记加入 **UC SHIP** 时提供保险公司的正式终止通知书。

非注册学生和家属请于**太平洋标准时间周一至周五上午 8:30 至下午 5:00 拨打 800-853-5899** 致电 **USI** 保险服务部进行登记。

承保如何结束

对于学生，承保会在出现以下情况时结束：

1. 如果计划终止，则该学生的承保同时结束。该计划可能随时被取消或更改，恕不另行通知。如果计划终止或变更，参保学生将继续承担在计划终止或变更前为提出或支付的申索。
2. 如果计划不再为参保学生所属的学生类别提供承保，则该学生的承保将在变更生效之日结束。
3. 如果学生自本大学毕业，则其继续享受承保至承保期的最后一天（在此期间该学生自本大学毕业）。
4. 如果学生退学或被本大学开除，退学或开除之日后其承保是否继续将由校区政策决定。请联系学生健康和咨询服务处以了解更多信息。
5. 计划的登记可能会因以下原因终止。学生应得到终止的书面通知。终止应在作出书面通知之日起不少于 30 天生效。
 - a. 在 UC SHIP 的资格方面，您故意提供虚假的重要信息，或歪曲任何文件中的信息，或者未能就您或您家属的身份变化告知计划管理方。
 - b. 您故意允许并非您本人或您家属的他人使用您的计划身份卡以获取服务；或
 - c. 您故意通过虚假、有重大误导性或欺诈性的信息、行为或疏忽获取或试图获取本计划下的服务。

重要事项：如果婚姻或同居伴侣关系终止，或是受承保子女失去受抚养子女身份，学生则必须向 USI 保险服务部提供或寄送终止及失去合格身份的书面通知。对前配偶或同居伴侣或受抚养子女（如有）的承保依照“合格身份”规定予以结束。如果我们因学生未能通知 USI 保险服务部其婚姻或同居伴侣关系的终止或子女的受抚养人身份丧失而遭受损失，我们可能会要求学生退还在承保资格不符合的任何时期内的保费。未向 USI 保险服务部提供书面通知不会延误或阻止配偶、同居伴侣或子女的承保终止。如果学生在其婚姻、同居伴侣关系终止或子女失去其受抚养子女身份后，立即通过书面形式通知 USI 保险服务部以取消对前配偶、同居伴侣或子女（如有）的承保，则此类通知将被视为符合本规定的要求。

请于太平洋标准时间周一至周五上午 8:30 至下午 5:00 拨打 800-853-5899 致电 USI 保险服务部。

UC SHIP 主任负责进行计划登记终止的最终裁定。

对于家属，当学生的承保结束或家属不再符合家属资格要求时（以先发生者为准），其承保将结束。

计划的登记加入不得因性别、种族、肤色、宗教、性取向、血统、国籍、身体残疾或疾病状况终止。

服务提供类型

请仔细阅读以下信息，以便您能够获知可以从何人或哪些提供者团体处获得视力护理。本计划手册中的定义一节描述了斜体字中的单词和短语的意义。

网络视力护理提供者 Anthem Blue Cross Life and Health 与各种视力护理提供者，包括一些校区的眼科诊所签订合同，以提供“网络视力护理提供者”的网络。这些提供者被称为“网络”，是因为他们已同意参与我们的网络提供者计划，我们称该计划为 **Blue View Vision Insight**。他们同意以经协商的费用向参保人提供视力护理服务。基于本计划向网络外视力护理提供者应付的福利金额将与向网络视力护理提供者应付的金额不同，并且有可能少于后者。

欲查找参与的 **Blue View Vision Insight** 视力护理提供者，您可以拨打 **866-940-8306** 致电会员服务部，或者您也可以使用我们网站上的“**Provider Finder（提供者查找器）**”功能搜索网络视力护理提供者，网址为 www.ucop.edu/ucship。

网络外视力护理提供者。网络外视力护理提供者即为未同意参与我们网络的提供者。他们在协商费率和其他规定方面未达成一致。您将负责承担他们所收取的超出视力护理福利最大限额的任何费用。

福利摘要

本计划手册所述福利仅适用于本计划手册中作为承保服务所指定的服务。您的视力护理提供者开具或预订服务的事实本身并不能让该服务成为承保服务，或让视力服务费用受到承保。

本摘要对您的福利进行了简要概述。请参阅计划手册全文以了解有关您的计划中福利、条件、限制和除外情况的完整信息。

视力护理福利

您的视力护理福利仅涵盖眼科检查和眼镜服务。您可以选择让网络视力护理提供者或网络外视力护理提供者为您提供眼镜服务；然而，您所享受的福利将受到该选择的影响。

福利	网络	网络外	频率
常规眼科检查 — 综合性眼科检查	\$10 共担额	最高 \$49 补贴金	每个福利年度一次
眼镜架 — 一副眼镜框	\$120 补贴金，随后从任何结余中扣除 20% 共同保险	最高 \$50 补贴金	每个福利年度一次
福利	网络	网络外	频率
眼镜镜片（代替隐形眼镜） — 一副标准塑料处方镜片：			

• 单光镜片	\$25 共担额	最高 \$35 补贴金	每个福利年度一次
• 双光镜片	\$25 共担额	最高 \$49 补贴金	每个福利年度一次
• 三光镜片	\$25 共担额	最高 \$74 补贴金	每个福利年度一次
眼镜镜片增强 —			
从 Blue View Vision Insight 提供者处获得受承保眼镜时，您可以免费添加以下任何镜片增强服务。			
• 过渡镜片（面向未满 19 岁儿童）	无共担额	不属于承保范围	每个福利年度一次
• 标准聚碳酸酯（面向未满 19 岁儿童）	无共担额	不属于承保范围	每个福利年度一次
• 出厂抗刮涂层	无共担额	不属于承保范围	每个福利年度一次
隐形眼镜（代替眼镜镜片）			
隐形眼镜补贴仅适用于在福利期内进行的隐形眼镜的首次购买。任何未使用的剩余金额不能用于同一福利期内的后续购买，也不能将任何未使用的金额转入下一福利期。			
• 选择性常规增强（非一次性）	\$120 补贴金， 随后从任何结余中扣除 15% 共同保险	最高 \$92 补贴金	每个福利年度一次
或			
• 选择性一次性增强	\$120 补贴金 (无额外折扣)	最高 \$92 补贴金	每个福利年度一次
或			
• 非选择性（具医疗必要性）	无共担额或共同保险	最高 \$250 补贴金	每个福利年度一次

注：除上文所示的共担额外，您还将需要支付超过视力护理服务的视力护理福利最大限额的任何金额。但是，当您前去网络视力护理提供者处就诊时，视力护理服务和用品超出福利最大限额的费用将以折扣价计算。

网络外视力护理提供者共担额。无需为网络外视力护理提供者所提供的服务和用品支付共担额，但是，您将负责承担超出视力护理福利最大限额的任何费用。

一般信息

Anthem Blue Cross Life and Health 地址 —

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

您的视力护理福利

承保视力服务费用如何确定

承保视力服务费用基于计划将接受的每项承保服务或材料的最高收费。它不一定是视力护理提供者就该服务收取的金额。费用在您收到须收费的服务或材料之日产生。

网络视力护理提供者。网络视力护理提供者所提供的服务的最大承保视力服务费用将是所计收费或协商费率中的较小者。网络视力护理提供者已同意不就承包服务向您收取超过协商费率的费用。

如果您选择的镜架或镜片的成本超过视力护理福利最大限额，您将以折扣价支付超出部分。如果您选择本计划未承保的视力服务方案，则您将以折扣价被收取费用。

网络外视力护理提供者。网络外视力护理提供者所提供服务的最大承保视力服务费用将始终是所计收费或“福利摘要”中所示的视力护理福利最大限额中的较小者。您将负责承担超出视力护理福利最大限额的任何费用。

您将始终负责承担所产生的本计划未提供承保的费用。

视力护理共担额和福利最大限额

在扣除您的共担额后，福利所支付的金额最大为承保视力服务费用的金额，不超过适用的视力护理福利最大限额。共担额和视力护理福利最大限额在“福利摘要”中列出。

如何适用您的视力护理福利

当您前去网络视力护理提供者处就诊时。为确定您享有视力护理福利的承保，您将被发给一张电子身份卡。当您前去赴约时，您必须将此卡出示给网络视力护理提供者（如果有，还包括您的校区内眼科诊所）。网络视力护理提供者将仅收取您的共担额和任何超出视力护理最大限额的费用。网络视力护理提供者承保服务开具账单时，本计划将直接向他们付款。

当您前去网络外视力护理提供者处就诊时。如果您前去网络外视力护理提供者处获取服务，您将必须支付眼科检查和/或您购买的任何镜片的全部费用。您应复制账单和收据以自行做记录。将附有原始账单的收据连同您的身份 (ID) 号码寄送到以下地址：

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

您必须在进行检查和/或购买之日起 90 天内将视力护理提供者的收据与您的 ID 号码一同寄送。如果在该时间段内提交申索不具备合理可能性，则最多可延长 12 个月。

承保条件

若要将服务或用品所产生的费用视为承保视力服务费用，必须满足以下承保条件。

1. 您必须在受该计划承保的同时承担此费用。费用在您收到须收费的服务或材料之日产生。
2. 费用必须用于常规眼科护理，而非手术或医疗护理。
3. 费用必须用于受承保的视力护理所包含的视力服务或材料。受承保的视力服务费用的其他限制包含在特定福利和福利摘要中。
4. 费用不得用于未受承保的视力护理所包含的视力服务或材料。如果服务或材料有部分属于除外情况，则仅将不属于除外情况的部分视为受承保的视力服务费用。

5. 费用不得超过本计划的任何福利或限制的最大限额。
6. 所有服务和材料必须由持证眼科医生、验光师或配镜师预订。

受承保的视力护理

服从于福利摘要中的视力福利最大限额，承保条件中规定的要求以及“未受承保的视力护理”中列出的除外情况或限制，本计划将为以下福利和材料提供福利：

选择性隐形眼镜。每个福利年度您均有一项补贴，用于代替眼镜镜片福利所选的美容隐形眼镜。如果您选择其费用超过计划补贴的隐形眼镜，您则需要承担相应的费用差额。如果您选择在福利年度内获取隐形眼镜，则在同一福利年度内将不会有福利承担镜片的费用。

镜架。视力护理提供者将在镜架选择、正确适配和镜架调整上提供协助，并对镜架提供后续调整，以保持其舒适性和效果。如果您前去网络视力护理提供者处就诊，并且选择其费用高于福利摘要中所示的福利最大限额的镜架：视力护理福利最大限额，您须支付的费用将基于折扣安排。

镜片。视力护理提供者将预订您的视力健康所需的正确镜片。视力护理提供者将对成品镜片的准确度进行验证。受承保的镜片包括塑料 (CR39)：

1. 单光；
2. 双光；
3. 三光 (FT25-28)；或
4. 渐进镜片。

福利包括出厂抗刮涂层。可为未满 19 岁的任何人士开具的光致变色及聚碳酸酯镜片已全部得到承保。所有其他涂层、其他镜片材料和处理均未得到承保。

您将负责承担超出视力护理福利最大限额的金额。

非选择性隐形眼镜。提供非选择性镜片的原因是其并非美容性质，且每个福利年度均有最大福利限额。当确定或确诊出以下病症时，非选择性隐形眼镜将得到承保：

1. 视敏度或其他功能出现无法通过眼镜镜片矫正的极端问题；或
2. 圆锥形角膜 — 通常发生在 20 岁之前的非正常锥形眼角膜薄化；或
3. 高度屈光不正 — 非正常的高度近视、远视，或
4. 屈光参差症 — 一只眼睛所需处方与另一只眼睛相差甚大。

视力检查。完整的初始实力分析，包括对视觉功能的适当检查，包括指示的矫正眼镜的开具。这不包括隐形眼镜适配费。

未受承保的视力护理

根据本计划，我们不会就以下任何项目所产生或与之相关的费用付款。（提供这些除外情况和限制的标题仅为便于参考；它们并非一定是除外情况和限制的组成部分，也不修改其含义）

美容选项。混合镜片/无线；超大镜片；渐进多焦点镜片；光致变色镜片；有色镜片（“受承保的视力护理”的“镜片”规定中的明确规定除外）；涂层镜片，出场抗刮涂层除外；美容镜片或加工；以及防紫外线 (UV) 镜片。

犯罪或核能。由以下原因导致的条件：(1) 您犯下或企图犯下重罪；或 (2) 任何的核能释放，无论其是否为战争所致，当政府资金可用于治疗此类核能释放导致的疾病或伤害时。

超出金额。任何超出承保视力服务费用的金额。

实验或调查。任何实验或调查服务或材料。

眼科手术。任何眼科的医疗或手术治疗以及任何诊断检测。任何单独或主要用于矫正眼部屈光缺陷的眼科手术，例如近视眼（近视）和/或散光。此种手术的结果是需要隐形眼镜和眼镜。

政府性治疗。由地方、州或联邦政府机构或公立学校系统或学区实际提供给您的任何服务，联邦或州法律明确要求根据本计划付款时除外。如果您无需为这些服务付款或这些服务免费提供给您，本计划将不为这些服务的费用进行承保。

医院护理。住院或门诊医院视力护理。

丢失或损坏镜片或镜架。任何的镜片或镜架丢失或损坏，除非您已进入新的福利期。

未持证视力护理提供者。由未持证视力护理提供者所提供的治疗或服务以及服务提供者无需持证即可提供的治疗或服务。这包括在持证医师或持证视力护理提供者的监督下来自未持证视力护理提供者的治疗或服务，申索管理方特别提供或安排除外。

非处方镜片。任何非处方镜片、眼镜或隐形眼镜。平光镜片或无屈光力的镜片。

未特别列出。本计划未特别列出作为承保服务的服务。

视轴矫正。视轴矫正或视力训练以及任何相关的补充性检测。

私人合约。根据《社会保障法案》第 XVIII 章第 1802 节 (42 U.S.C. 1395a) 的规定，会员和提供者之间依照私人合约所提供的服务或用品，禁止根据 Medicare 计划进行报销。

常规检查或检测。就业所需的常规检查或检测。

护目镜。护目镜和随附镜架。

亲属服务。从居住在您家中或通过血缘或婚姻与您相关的人士处接受的专业服务或用品。

太阳镜。太阳镜和随附镜架。

未投保。在您的生效日期前或承保结束后接受的服务。

自愿付款。您没有法律义务承担费用的服务。您未被收取费用的服务。在未参保的情况下不收取费用的服务。

工作相关。根据任何劳工赔偿、雇主责任法或职业病法，即使您并未针对这些福利进行申索，也可通过裁决、和解或其他方式追回或能够追回福利金的工作相关病症。

一般规定

护理的提供。我们不负责提供任何类型的视力护理，也不对任何此类所接受的护理的质量负责。

独立订约人。申索管理方和提供者之间是独立订约人的关系。眼科医生、验光师和配镜师不是申索管理方的代理人，也非他们或任何其雇员，任何类型的视力护理提供者的雇员或代理人。

提供者的非管制性。本计划的福利不对视力护理提供者收取的金额进行监管，除非网络视力护理提供者对承保服务的费率进行调节。

承保条款

1. 为了使您有权享受本计划下的福利，本计划以及您在本计划下的承保必须在出现福利申索而产生费用之日生效。
2. 您所有权获得的福利将取决于出现福利申索而产生费用之日的承保条款。费用在您收到须收费的服务或用品之日产生。
3. 本计划可依照计划规定进行修正、修改或终止，而不经您的同意或认可。

非歧视。任何符合资格的人士都不会因为其健康状况、医疗护理需求、遗传信息、既往医疗信息、残疾情况、性取向或身份、性别或年龄而被拒绝登记。

承保保护。在下列情况下，我们无权取消您在本计划下的承保：(1) 本计划生效中；(2) 您符合资格；以及 (3) 您所需的每月供款依照本计划的条款付清。

提供者的自由选择。本计划绝不会干涉您作为有权享受视力护理福利的会员选择视力护理提供者的权利。您可选择提供本计划所承保护理，并根据适当的州及当地法律持有正确许可的任何视力护理提供者。但您的选择可能会影响根据本计划应付的福利金。

超出福利金的费用。对于任何您因超出本计划的福利金而产生的任何费用，我们概不负责。

福利不可转让。仅会员有权享受本计划的福利。福利受益权不可转让。

申索通知书和损失证明。您或视力护理提供者必须在您接受须进行申索的服务或用品之日的 90 天内向申索管理方寄送逐项明细单。所接受的服务和服务费用必须逐项列出，并清楚准确地进行描述。如果在该时间段内提交申索不具备合理可能性，则最多可延长 12 个月。除非没有法律行为能力，否则如果您未在规定的时间内提出申索，计划管理方将不对计划的福利负责。如果申索管理方未及时收到书面损失证明，计划管理员将不对福利负责。不接受作废的支票或收据。

申索的及时支付。本计划下应支付的任何福利金应在申索管理方收到适当的书面损失证明以及申索管理员为确定我们的义务可能需要的具合理必要性的其他信息后支付。

向提供者付款。本计划将直接向网络视力护理提供者支付福利金。此外，当您以书面形式分配福利时，本计划将直接向网络外视力护理提供者支付费用。这些付款将履行我们对您的这些承保服务的义务。

追回权。每当付款发生错误时，申索管理方将有权根据适用法律和法规对申索进行调整，从您或提供者（如适用）处追回此类款项。在申索管理方追回提供者的错误支付款项的情况下，除非提供者存在欺诈或虚假陈述，否则申索管理方将只能在基于提供者所提交的申索在付款之日的 365 天内从提供者处追回此类款项。申索管理方保留从任何待决或未来的申索中扣除或抵消任何错误支付金额的权利。

在某些情况下，如果申索管理方向您的健康护理提供者支付本该由您承担的费用，如扣除额、共担额或共同保险，申索管理方可直接向您收取此类金额。您同意，申索管理方有权向您追回此类金额。

申索管理方对提供者和供应商及分包商合约的遵守负有监督责任。申索管理方可以就这些合约的执行达成和解或让步，如果超额支付款项的归还不可行，则可以保留由这些审计产生的提供者、供应商或分包商的任何追回款。

申索管理方制定了追回政策，以确定哪些追回款须追讨，何时产生成本和费用，以及是否对追回款金额实行和解或让步。如果收取的成本超过超付金额，则申索管理方将不会追讨超额支付追回款。如果追回方法造成超额支付通知会带来行政上的负担，则申索管理方可能不会向您提供他们或您的超额支付通知。

劳工赔偿保险。本计划不对劳工赔偿保险的任何要求造成影响。它也不能代替该保险。

向提供者支付的责任。如果本计划未对您提供福利的提供者支付费用，您将被要求向该提供者支付本计划未进行支付的任何金额。

续期规定。本计划须在一定时间间隔内得到续期。所需的每月供款或计划的其他条款可能会不时变更。

与提供者的财务协定。根据与一些健康护理提供者和供应商（以下统称为“提供者”）的协定，某些折扣、付款、回扣、结算、奖励、调整和/或补贴，包括但不限于视力服务回扣，可基于通过 **Anthem Blue Cross Life and Health** 或其附属机构提供或管理的类似视力计划向享有承保的所有人提供指定视力服务的特定提供者的利用。它们不属于特定的申索或计划，也不属于任何受承保的个人或团体，但 **Anthem Blue Cross Life and Health** 或其附属机构可能会考虑确定其费用或订阅收费或保费。

定义

本计划手册中使用的关键术语的含义如下所示。每当出现如下所示的任何关键术语时，它将以大写字母开头。当以下任何术语以大写形式出现在您的计划手册中时，您应参阅本节。

福利年度是一个为期 12 个月的时间段，决定了您的福利的应用，例如累积到满足年度扣除额和累积到年度福利限制或最大限额。您的福利年度从您的承保期开始之月份的第一天起算。

子女即满足“承保如何开始和结束”中概述的符合计划资格要求的子女。

申索管理方是指 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company。作为 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 的代表，Anthem Blue Cross 应执行与本计划的申索处理相关的所有行政服务。

承保期是指学生及其家属有资格享受本计划下福利的时间段。

承保视力服务费用是指您的承保服务或材料所产生的费用，但不会超过您的视力护理福利中所述的最大金额：承保视力服务费用如何确定。费用在您收到服务或材料之日产生。

家属即满足“承保如何开始和结束”中概述的符合计划资格要求的家属。

同居伴侣即满足“承保如何开始和结束”中概述的符合计划资格要求的同居伴侣：承保如何开始。

生效日期是指您在本计划下承保开始的日期。

实验程序是指那些主要限于实验室和/或动物研究的程序。

团体是指我们已签发该承保协议的实体。该团体的名称为 UNIVERSITY OF CALIFORNIA STUDENT HEALTH INSURANCE PLAN。

参保人是指参保学生或参保家属。

参保学生（学生）是主要参保人；即，被允许他或她自身以及他或她的合格家属登记加入本计划的人士。

调查程序或药物是指那些已经进展到可对人体有限使用，但在有组织的医学界内并未被广泛认可为经过验证和有效的程序或药物。

协商费率是指网络视力护理提供者同意接受作为承保服务全额付款的金额。它通常低于其正常收费。协商费率由 Preferred Provider Organization Plan Participating Agreements（优选提供者组织计划参与协议）确定。

网络外视力护理提供者是指在提供服务时与申索管理方未签订优选提供者协议的提供者。

网络视力护理提供者是指在提供服务时与申索管理方签订有效的优选提供者协议的提供者。网络视力护理提供者同意接受协商费率作为承保服务的付款金额。

计划是指本手册以及本手册的修正版（如有）中描述的一系列福利。本计划须遵守我们向团体签发的承保协议的条款及条件。如果对计划进行更改，则将向团体签发经修正或修订的手册，以便分发给受变更影响的每位参保学生

计划手册是指在本计划下提供的福利的书面说明。

计划年度是指 UC SHIP 计划年度的开始和结束日期，用于计划合约、财务管理和数据报告的目的。

预先计划是指由计划管理方赞助的计划，将在 60 天内被本计划取代。如果您符合以下条件，则您被视为受承保：(1) 在计划终止之日受到预先计划承保；(2) 在本计划生效日期的 31 天内正确登记加入承保；并且 (3) 仅由于预先计划终止而承保终止。

配偶即满足“承保如何开始和结束”中概述的符合计划资格要求的配偶。

视力护理提供者是指持证可进行视力护理的眼科医生、验光师或配镜师，其在所持许可的范围内提供服务，并提供本计划手册中指定的福利服务。

我们（我们，我们的）是指计划管理方。

您（您的）是指登记加入本计划的福利的参保学生及家属。

使用您的语言寻求帮助

您是否很想了解所有的内容？我们也是。以下是英文版：

您有权免费获得该信息并使用您的语言获得帮助。请拨打您的 ID 卡上的会员服务部号码寻求帮助。(听力障碍电传/听障专线 (TTY/TDD): 711)

独立于申索管理方的语言协助程序，为患有视力障碍的会员提供其他格式的文件。如果您需要其他格式的本文件的副本，请拨打您 ID 卡背面的会员服务部电话号码。

西班牙语

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)**

阿拉伯语

يحق لك الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك مجاناً. اتصل برقم خدمات الأعضاء الموجود على بطاقة التعريف الخاصة بك للمساعدة (TTY/TDD: 711).

亚美尼亚语

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)

中文

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)

波斯语

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)

北印度语

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)

苗语

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)

日语

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)

高棉语

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាននេះ និងទទួលបានជំនួយជាភាសាសម្រាប់អ្នករោងពេទ្យ។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខសេវាសមាជិកដែលមានលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ (TTY/TDD: 711)

韩语

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

印度旁遮普语

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)

俄语

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)

他加禄语

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)

泰语

ท่านมีสิทธิขอรับบริการสอบถามข้อมูลและความช่วยเหลือในภาษาของท่านฟรี
โทรไปที่หมายเลขฝ่ายบริการสมาชิกบนบัตรประจำตัวของท่านเพื่อขอความช่วยเหลือ (TTY/TDD: 711)

越南语

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)

我们公平对待您，至关重要

这就是为什么我们在我们的医疗计划和活动中遵守联邦民权法。我们不歧视、排斥人们或基于种族、肤色、出身国、性别、年龄或残疾而差别对待他们。对于有残疾的人们，我们提供免费帮助和服务。对于那些主要语言不是英语的人们，我们通过口译员和其它书面语言免费提供语言帮助服务。对这些服务有兴趣？请拨打您的身份 (ID) 卡上的会员服务部号码寻求帮助 (TTY/TDD: 711)。如果您认为我们未能提供这些服务或基于种族、肤色、出身国、年龄、残疾或性别而歧视您，您可以提交投诉（也称为申诉）。您可以向我们的合规协调员提交投诉，请将书面投诉寄送至 Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279，或发送电子邮件到 compliance.coordinator@anthem.com。或者您可以向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提交投诉，地址为 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201，或是拨打 1-800-368-1019（听障专线 (TDD): 1- 800-537-7697），或在线访问 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 获取投诉表格。

仅 BLUE VIEW VISION INSIGHT 提供者提供的可选性节省服务

网络内会员费用（任何适用的自付额后）

视网膜成像 — 会员可选择在眼科检查时进行		不超过 \$39
眼镜镜片升级		
从 Blue View Vision Insight 提供者处获得受眼镜时，您可以选择以折扣价升级新的眼镜镜片。眼镜镜片共担额适用。	<ul style="list-style-type: none"> 镜片（成年人） 标准聚碳酸酯（成年人） 有色（纯色和渐变色） UV 涂层 渐进镜片 1 <ul style="list-style-type: none"> 标准 保费等级 1 保费等级 2 保费等级 3 防反射涂层 2 <ul style="list-style-type: none"> 标准 保费等级 1 保费等级 2 	<ul style="list-style-type: none"> \$75 \$40 \$15 \$15 \$65 \$85 \$95 \$110 \$45 \$57 \$68
额外的一副眼镜		
任何时候来自任何的 Blue View Vision Insight 网络提供者。	<ul style="list-style-type: none"> 完整的一副眼镜 眼镜材料单独购买 	<ul style="list-style-type: none"> 40% 零售价折扣 20% 零售价折扣
眼镜附件		
	<ul style="list-style-type: none"> 非处方太阳镜、镜片清洁用品、隐形眼镜护理液、眼镜盒等物品。 	20% 零售价折扣
隐形眼镜适配和随访		
一旦完成综合性眼科检查，您即可以享受一次隐形眼镜适配和两次随访看诊。	<ul style="list-style-type: none"> 标准隐形眼镜适配 3 高级隐形眼镜适配 4 	<ul style="list-style-type: none"> 最高 \$55 10% 零售价折扣
常规隐形眼镜		
	<ul style="list-style-type: none"> 折扣仅适用于材料 	15% 零售价折扣

请询问您的提供者以寻求他或她的建议以及可用的按等级划分的渐进品牌。² 请询问您的提供者以寻求他或她的建议以及可用的按等级划分的涂层品牌。

³ 标准适配包括用于常规磨损和计划性更换的球状透明镜片。示例包括但不限于一次性和经常性更换。⁴ 高级适配包括除标准隐形眼镜外的所有镜片设计、材料和专业配件。示例包括但不限于复曲面和多焦点。

折扣如有更改，恕不另行通知。折扣并非您的视力计划下的“承保福利”，不会列在您的承保证书中。折扣将由网络内提供者提供，除非州法律禁止对计划福利未承保的产品和服务提供折扣。如果制造商对零售和独立提供者场地实行无折扣政策，则镜架折扣将不予适用。我们的部分网络内提供者包括：



通过 ANTHEM 特别优惠计划提供的额外节省服务 *

在您的福利使用之后可在诸如额外的眼镜等物品上享受节省，各种供应商可提供非处方太阳镜、助听器，甚至 LASIK 激光视力矫正手术。只需登录 anthem.com/ca，选择 discounts（折扣），随后选择 Vision, Hearing & Dental（视力、听力和牙科）即可。

* 折扣不得与您的承保福利同时使用。

网络外

如果您选择从网络外提供者处获取承保服务或购买承保眼镜，则网络折扣将不予适用，您将在获得服务时负责承担服务和/或眼镜材料的费用。请填写网络外申索表，并将其与您的明细收据一同提交至下方的传真号码、电子邮件地址或邮寄地址。要下载申索表，请登录 anthem.com/ca，或在 Support（支持）下的主页菜单中选择 Forms（表格），单击 Change State（更改州）以选择您所在的州，随后向下滚动到 Claims（申索）并选择 Blue View Vision Out-of- Network Claim Form（Blue View Vision 网络外申索表）。您也可以拨打 **1-866-940-8306** 致电会员服务部索要申索表。

传真号码： 866-293-373

电子邮件： oonclaims@eyewearspecialoffers.com

邮寄地址： Blue View Vision

Attn: OON Claims

P.O. Box 8504

Mason, OH 45040-7111