

# 福利手冊

(以下稱為「手冊」)

## Blue View Vision 計劃

University of California Student Health Insurance 計劃

2019-2020

親愛的計劃會員：

本計劃手冊詳細解釋了您的福利、限制及其他適用於您的計劃條款。

承保學生與受撫養者（「會員」）在本手冊中會員稱為「您」和「您的」。計劃監管人員將稱作「我們」或「我們的」。

所有大寫單字均有具體定義。定義可在本手冊「定義」一節尋找。

敬請仔細閱讀本計劃手冊，以理解您的計劃提供的所有福利。請妥善保管本計劃手冊，以防您對保險有任何疑問。

**重要事項：**這並非受保福利計劃。本計劃手冊所述的福利或任何修訂均為大學出資。Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 執行所有計劃下理賠處理相關的行政管理服務，並有完整、最終裁量權，決定會員是否有權獲得計劃福利及享受福利程度。Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 不承擔任何理賠相關經濟風險或義務。

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 是 Blue Cross Association 的獨立持牌人。

**UC SHIP 會員服務部號碼：1-866-940-8306**

**UC SHIP 網站：[www.ucop.edu/ucship](http://www.ucop.edu/ucship)**

## 投訴通知

所有本計劃保險相關投訴與爭議必須根據計劃申訴程序解決。會員可以致電或致信申訴，電話：1-866-940-8306；收件地址：Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company，21555 Oxnard Street，Woodland Hills，CA 91367，請標註會員服務部收件）。如果您希望，理賠監管人員將提供一份投訴單，您可用於解釋投訴事項。

在收到任何計劃申訴後均採用書面形式確認，隨附一份理賠監管人員申訴處理提議方案說明。

計劃保險資格相關申訴應該在收到您不具備保險資格通知後 60 日內書面遞交至您的校園學生健康與諮詢服務處。其中應該涉及提出申訴所依據的所有資訊和檔案。學生健康與諮詢服務處將書面通知您有關您的保險資格最終結論。如果學生健康與諮詢服務處確認您不具備資格，您可以書面請求 UC Student Health Insurance Plan (UC SHIP) 辦公室審核此決定。您的審核請求應該在收到學生健康與諮詢服務處確認您不具備資格的通知後 60 日內寄送，也應該包含所有與個人申訴相關的資訊和檔案。您的審核請求應該提交至：University of California Student Health Insurance Plan, Risk Services, 1111 Franklin Street, 10<sup>th</sup> Floor, Oakland, CA 94607。UC SHIP 總監決定將為最終決定。

**UC SHIP 會員服務部號碼：1-866-940-8306**

**UC SHIP 網站：[www.ucop.edu/ucship](http://www.ucop.edu/ucship)**

理賠監管單位：

*ANTHEM BLUE CROSS*

代表

ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY

# 目錄

<b>保險開始與結束方式</b> .....	<b>1</b>
保險開始方式.....	1
保險結束方式.....	4
<b>提供者類型</b> .....	<b>5</b>
<b>福利摘要</b> .....	<b>5</b>
視力護理福利.....	5
<b>一般資訊</b> .....	<b>7</b>
<b>您的視力護理福利</b> .....	<b>8</b>
承保視力費用如何決定.....	8
視力護理共付額與福利最高限額.....	8
如何使用您的視力護理福利.....	8
保險條件.....	8
承保視力護理.....	9
非承保視力護理.....	9
<b>一般條款</b> .....	<b>10</b>
<b>定義</b> .....	<b>12</b>

# 保險開始與結束方式

## 保險開始方式

### 合資格狀態

### 受保學生

#### 1. 以下類別學生自動登記為受保學生：

##### a. 所有登記入學學生，包括以下 University of California 校區的國內外學生：

- 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. 所有 1.a. 條列明的 University of California 校區研究生（以缺席狀態登記）。

##### c. UC San Francisco 校區登記加入「Scholars and Researchers Health Plan」的個人，包括非註冊學生，但是參與校區核准項目或學術深造的學者和/或研究員。每名參保者都必須提供項目校區代表的正式核准證明。

**注：**學生在其本校區規定的棄權期內可以放棄登記加入 UC SHIP，僅需提供其他滿足大學規定的醫療福利標準的醫療保險證明即可。棄權有效期為一個學年，在每個秋季或學年學期開始時，需要在棄權期內再次提供棄權證明。一年內也可為每個學期提出棄權請求（冬季或春季季度或學期）。關於放棄登記參加 UC SHIP 的資訊可從學生所在社區的學生健康保險辦公室獲得。

#### 2. 以下類別個人可自願登記為受保學生：

a. University of California 所有非註冊「申請費」狀態學生，包括以下校區：Davis、Irvine、Los Angeles、Merced、Riverside、San Diego、San Francisco、Santa Barbara 和 Santa Cruz，該等學生是在 University of California 支援下完成工作，經校園決定狀態，但目前並未上課。「申請費」狀態學生最多可購買一個學期或學季的計劃保險。上述學生可致電 1-855-427-3206 聯絡 Academic Health Plans 登記。

b. 在 Davis、Merced 和 Santa Cruz 的所有非註冊本科生和碩士生；Los Angeles 和 Santa Barbara 的本科生及 Riverside 參加 Planned Educational Leave (PELP) 的碩士生；Los Angeles、Riverside、San Diego、San Francisco、Santa Barbara 本科生；Irvine 和 Santa Cruz 處於經核准休假 (LOA) 狀態的本科生和碩士生。上述學生最多可購買一個學期或兩個學季的計劃保險，並可致電 1-855-427-3206 聯絡 Academic Health Plans 登記。

c. University of California 校區校友，已在其希望購買保險的該學期前一學期內完成學業（畢業）。上述個人最多可購買一個學期或學季的 UC SHIP。上述個人可致電 1-855-427-3206 聯絡 Academic Health Plans (AHP) 登記。學生必須在其希望購買保險前一個學期內也在該學期計劃承保範圍內。

注：上文第 2 條所述非註冊學生僅可在滿足以下標準時購買 UC SHIP：

- a. 在學期開始前已登記參加 UC SHIP；或
- b. 出示在之前 30 日內非自願喪失其他保險的證明。

### 符合資格的受撫養人

1. 以下類別受保學生的受撫養人可自願登記參加計劃：

- a. 配偶：受保學生的合法配偶。
- b. 家庭伴侶：根據以下任一方式指定為受保學生家庭伴侶的個人：(i) 在 California 州登記合法同居；(ii) 在其他司法管轄區建立同性合法結合關係（非婚姻關係），實際與 California 州登記合法同居關係相當；或 (iii) 填寫遞交至大學的家庭伴侶聲明表。受保學生的異性家庭伴侶將僅在一名或兩名伴侶均年滿 62 歲或以上且具備年齡要求的 Social Security 福利時才能具備保險資格。
- c. 兒童：受保學生的子女如下：
  - 未滿 26 歲的親生子女
  - 繼子女：未滿 26 歲繼子女截至受保學生與該子女父母結婚時為受撫養人。
  - 未滿 26 歲領養子女，包括安排受保學生或受保學生配偶或家庭伴侶領養的，為領養目的，從作出領養安排決定的機構認可安排起。
  - 受保學生家庭伴侶的子女：受保學生家庭伴侶的子女如果未滿 26 歲，截至家庭伴侶關係生效時即為受撫養人。
  - 寄養子女：未滿 18 歲寄養子女，從安排寄養的機構認可受保學生寄養起。在某些情況下，寄養子女的年齡限制可根據 California Welfare and Institutions Code 第 11400(v) 節規定的非未成年受撫養人條款延長。
  - 受保學生根據法律要求提供符合行政監管或法令要求的健康保險的子女，但前提是該子女符合 UC SHIP 資格要求。
  - 受撫養成人子女：年滿或超過 26 歲的子女，且：(i) 在前一計劃承保下，或擁有有信譽度保險達到或超過六個月，(ii) 主要依靠學生、配偶或家庭伴侶支援和維護，及 (iii) 因生理或心理疾病無法自主就業。醫生必須書面證明該子女因生理或心理疾病沒有自主就業能力。大學可要求提供該等疾病證明，以繼續提供保險。大學必須在學生收到上述要求後 60 日內收到該證明，且大學不承擔任何費用。大學可要求提供持續受撫養證明，且生理或心理疾病仍存在，但在初次證明後不得超過每年一次的頻率。此例外將持續至子女不再因持續性生理或心理疾病而主要依靠學生、配偶或家庭伴侶支援和維護為止。子女如果按聯邦所得稅規定符合受撫養人要求，則視為主要依靠獲得支援和維護。

注：如果學生父母或家庭伴侶均作為受保學生受保，其子女可作為任何一方的受撫養人受保，但不得作為雙方受撫養人受保。

2. 學生需要在為其受撫養人登記參加計劃時提供受撫養人狀態證明。檔案將會受理：

- a. 配偶，婚姻證明
- b. 家庭伴侶，California 州簽發的登記家庭伴侶關係證明，或同性合法結合，而非在其他司法管轄區的婚姻關係，或填寫一份大學簽發的家庭伴侶關係聲明表
- c. 親生子女，出生證明，顯示學生是該子女父母
- d. 繼子女，出生證明及婚姻證明，顯示出生證明所列一方父母與學生結婚

- e. 家庭伴侶的親生子女，出生證明，顯示家庭伴侶是該子女父母
- f. 領養或寄養子女，安置機構檔案，顯示該學生或家庭伴侶擁有合法控制子女健康護理的權利
- g. 根據法令規定承保的子女，法院檔案副本。

如欲為子女獲得保險，計劃可能要求您向 **Academic Health Plans** 提供任何法律檔案副本，證明您擁有上述子女的監護人資格。必須提供英文版或翻譯為英文版。

## 保險期

保險日期視學生登記所在校區和專案有所不同。請聯絡學生健康與諮詢服務處獲得有關保險期的資訊。

## 登記

我們不要求登記學生的書面申請。**University of California** 將保管所有在每個學期/學季登記的學生記錄，且除提供自己擁有其他滿足大學確立標準的醫療保險證明的學生外，所有登記學生將在其登記入學的每個學期/學季登記參加此計劃保險。請參見校區網站瞭解保險期。

在保險期內非自願失去其他健康保險的學生必須向學生健康與諮詢服務處遞交一份前一健康保險商的正式終止保險函通知該情況。學生如果在失去保險資格後 **31** 日內通知學生健康與諮詢服務處，則將自其非自願失去其他保險資格起登記加入計劃。如果學生沒有在 **31** 日內通知健康與諮詢服務處，保險將自學生制服全額保費起生效。在保險期開始後登記參保的保費不會按比例計算。

自願登記的非註冊學生及學生受撫養人必須每個保險期均提交登記申請。**請於太平洋夏令時週一至週五上午 8:30 至晚上 5:00 致電 1-855-427-3206 聯絡 AHP 獲得登記資訊。**針對保險有效期的登記申請必須在保險期內遞交，具體取決於保險期。除非遞交新申請，否則登記無法延續至下一保險期。

學生的受撫養人在以下事件後 **31** 日內可為特定保險期在登記期外登記參保：

1. 配偶，簽發婚姻證明之日。
2. 家庭伴侶，**California** 州簽發家庭伴侶關係聲明之日，或同性合法結合，而非在其他司法管轄區的婚姻關係，或學生健康與諮詢服務處收到填寫一份大學簽發的家庭伴侶關係聲明表之日。
3. 親生子女，出生之日。
4. 領養或寄養子女，安排學生或家庭伴侶領養或寄養之日。
5. 任何受撫養人，失去其他保險之日。保險商開具的正式終止函必須在登記加入 **UC SHIP** 之日起提供。

非註冊學生及受撫養人登記請於太平洋夏令時週一至週五上午 **8:30 至 5:00 致電 1-855-427-3206 聯絡 Academic Health Plans。**



## 保險結束方式

學生，保險在以下情況終止：

1. 如果協議終止，學生保險同時終止。本計劃可在未另行通知的情況下隨時取消或變更。如果計劃終止或變更，受保學生針對計劃終止或變更前招致，但尚未提交或付款的理賠仍將繼續受保。
2. 如果計劃不再為受保學生所屬的學生等級提供保險，學生的保險從該變更生效之日起終止。
3. 如果學生大學畢業，學生的保險將持續至學生大學畢業期間保險期的最後一天。
4. 如果學生休學或退學，在休學或退學後保險是否繼續將根據校園政策決定。請聯絡學生健康與諮詢服務處獲得更多資訊。
5. 計劃登記可能因以下理由終止。終止將以書面方式通知學生。書面通知至少提前 30 日，之後終止方可生效。
  - a. 關於 UC SHIP 資格，您如果故意提供任何錯誤材料資訊或在任何檔案上作出虛假資訊陳述或未能通知計劃管理員個人或個人受撫養人狀態變化。
  - b. 您故意允許自己或受撫養人之外的他人使用您的計劃身份識別卡以獲得服務；或
  - c. 您故意透過虛假、誤導材料或欺詐資訊、行為或不作為方式獲得或嘗試獲得計劃下的服務。

**重要事項：**如果婚姻或家庭伴侶關係結束，或如果受保子女失去受撫養子女狀態，學生必須向 Academic Health Plans 提交或寄送書面通知，告知終止或失去資格狀態。前任配偶或家庭伴侶或受撫養子女的保險，如有，根據「合資格狀態」條款結束。如果我們因學生未能通知 AHP 保險服務處其婚姻或家庭伴侶關係結束或失去子女受撫養人狀態而遭遇損失，我們可能要求學生為任何不具備保險資格的時期支付保費。未能向 Academic Health Plans 提供書面通知並不會導致配偶、家庭伴侶或子女保險結束延期或阻止其結束。如果學生在學生的婚姻或家庭伴侶關係結束或子女失去受撫養人狀態時即刻書面通知 Academic Health Plans 取消對前任配偶或家庭伴侶的保險，如有，上述通知即符合本條款要求。

請於太平洋夏令時週一至週五上午 8:30 至 5:00 致電 1-855-427-3206 聯絡 Academic Health Plans。

**UC SHIP 總監最終決定是否終止計劃登記。**

針對受撫養人，保險在學生保險結束或受撫養人不再符合受撫養人資格要求時（以先發生的為準）終止。

計劃登記不會以性別、種族、膚色、宗教、性取向、先輩、原國籍、生理殘障或疾病狀態而終止。

## 提供者類型

請詳閱以下資訊以瞭解您可以向誰或向哪個提供者團體取得視力照護。斜體單字和片語參見計劃手冊「定義」章節。

**網絡內視力護理服務提供者。**Anthem Blue Cross Life and Health 已與多個視力護理服務提供者簽訂合約，包括一些校園的視力診所，以建立「網絡內視力護理服務提供者」網絡。我們稱之為「網絡內」，因為該提供者已經同意加入我們的 Blue View Vision Insight 網絡提供者計劃。他們已同意以協商價格向受保人提供視力護理。向網絡外視力護理服務提供者應付的計劃下福利金額將與向網絡內視力護理服務提供者的應付金額有所不同，且有可能更少。

如欲尋找參加 Blue View Vision Insight 的視力護理服務提供者，您可以致電 866-940-8306 致電會員服務部或也可使用 [www.ucop.edu/ucship](http://www.ucop.edu/ucship) 網站上的「服務提供者尋找」功能搜尋網絡內視力護理服務提供者。

**網絡外視力護理服務提供者。**網絡外視力護理服務提供者指未同意加入我們網絡的視力護理服務提供者。該提供者未同意商定費率及其他條款。您將承擔超過視力護理福利最高限額的部分收費。

## 福利摘要

此計劃服務僅為本計劃手冊規定為承保服務的服務提供。實際您的視力護理服務提供者開具或要求的服務並不代表其是承保服務或承保的視力支出。

此摘要僅簡單概觀您的福利情況。關於您計劃福利、條件、限制和例外情況的完整資訊請參見完整計劃手冊。

## 視力護理福利

您的視力護理福利僅承保眼科檢查與眼鏡。您可以選擇網絡內視力護理服務提供者或網絡外視力護理服務提供者提供眼鏡服務；但您的選擇可能會影響您的福利。

福利	網絡	網絡外	頻率
常規視力檢查——全面視力檢查	分攤付款 \$10	最多 \$49 津貼	每福利年一次
鏡框——一副鏡框	\$120 津貼，任何剩下餘額再扣除 20% 共同保險	最多 \$50 津貼	每福利年一次

福利	網絡	網絡外	頻率
<b>鏡片（非隱形眼鏡）——</b>			
副標準塑膠處方鏡片：			
• 單視力鏡片	分攤付款 \$25	最多 \$35 津貼	每福利年一次
• 雙焦點鏡片	分攤付款 \$25	最多 \$49 津貼	每福利年一次
• 三焦點鏡片	分攤付款 \$25	最多 \$74 津貼	每福利年一次
<b>眼鏡鏡片升級——</b>			
在從 Blue View Vision Insight 提供者處獲得承保服務時，您可以免費新增以下任何鏡片升級。			
• 過渡鏡片（適用於 19 歲以下兒童）	無共付額	不是保險福利	每福利年一次
• 標準聚碳酸酯鏡片（適用於 19 歲以下兒童）	無共付額	不是保險福利	每福利年一次
• 工廠防刮塗層	無共付額	不是保險福利	每福利年一次
<b>隱形眼鏡（非眼鏡鏡片）</b>			
隱形眼鏡津貼僅適用於在福利期內第一次購買隱形眼鏡。任何剩下未使用的金額在同一福利期內的後期購買都無法使用，且任何未使用金額也無法結轉至下一福利期。			
• 選擇性傳統（非一次性）隱形眼鏡	\$120 津貼，任何剩下餘額再扣除 15% 共同保險	最多 \$92 津貼	每福利年一次
或			
• 選擇性一次性	\$120 津貼（無額外折扣）	最多 \$92 津貼	每福利年一次
或			
• 非選擇性（醫療必要性）	無共付額或共同保險	最多 \$250 津貼	每福利年一次

**注：**除上述共付額外，您將須支付任何視力護理服務超出視力護理福利最高限額的部分金額。但在您前往網絡內視力護理服務提供者處就診時，您的視力護理服務和用品服務如果超出福利最高限額將以折扣價計。

**網絡外視力護理服務提供者共付額。**網絡外視力護理服務提供者提供的服務和用品不要求支付共付額，但您將承擔超過視力護理福利最高限額的部分收費。

## 一般資訊

### **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

# 您的視力護理福利

## 承保視力費用如何決定

承保視力費用是以計劃將會受理的每項承保服務或材料的最高收費為基礎。並不一定是視力服務提供者針對服務收取的金額。費用在您接受服務或材料（針對服務或用品付費）當日導致。

**網絡內視力護理服務提供者。**網絡內視力護理服務提供者提供的服務最高承保視力費用將是帳單收費或商定費用，以低者為準。網絡內視力護理服務提供者同意收費不超過針對受保服務的議定費率。

如果您選擇的鏡框或鏡片費用超過視力護理福利最高限額，您將以折扣價支付超出部分。如果您選擇本計劃未承保的視力選擇，您將以折扣價付費。

**網絡外視力護理服務提供者。**網絡外視力護理服務提供者提供的服務最高承保視力費用將始終是帳單收費或福利摘要所示的視力護理福利最高限額，以低者為準。您將承擔超過視力護理福利最高限額的部分帳單收費。

**您將始終承擔本計劃不承保的費用。**

## 視力護理共付額與福利最高限額

在您的共付額扣除後，支付的福利費用最多為承保視力費用金額，不得超過適用的視力護理福利最高限額。福利摘要所列的共付額和視力護理福利最高限額。

## 如何使用您的視力護理福利

**在前往網絡內視力護理服務提供者處時。**為證明自己是視力護理福利受保人，您將獲得一張電子身份識別卡。您必須在前往約診時向網絡內視力護理服務提供者（包括您的校園視力診所，如有）出示此卡。網絡內視力護理服務提供者將僅收取您共付額及任何超出視力護理福利最高限額的費用。在網絡內視力護理服務提供者針對承保服務開具帳單後，計劃將直接向其付費。

**在前往網絡外視力護理服務提供者處時。**如果前往網絡外視力護理服務提供者處獲得服務，您將必須支付視力檢查和/或購買的任何鏡片的全額費用。您應該複印帳單和收據，以作記錄保管。請將收據和原始帳單連同您的身份 (ID) 號碼寄送至以下地址：

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

您必須在檢查和/或購買後 90 日內連同您的 ID 號碼將視力護理服務提供者的收據寄出。如果在上述時限內沒有合理可能提交理賠，可允許最多12個月延期。

## 保險條件

只有符合以下保險條件，招致的服務或用品費用才能視為承保視力費用。

1. 您必須在受本計劃承保時承擔此費用。費用在您接受服務或材料（針對服務或用品付費）當日導致。
2. 費用必須是眼科常規護理，而非手術或醫療護理。
3. 費用必須適用於承保視力護理涉及的視力服務或材料。承保視力服務費用的其他限制參見具體福利及福利摘要。
4. 費用不適用於非承保視力護理列明的視力服務或材料。如果服務或材料部分排除，則僅有未排除部分視為承保視力費用。

5. 費用不得超過本計劃最高福利或限制。
6. 所有服務和材料必須經持照眼科醫生、驗光師或配鏡師開具。

## 承保視力護理

根據福利摘要中的視力福利最高限額，保險條件列明的要求及非承保視力護理列明的例外或限制情況，計劃將為以下服務和材料提供福利：

**選擇性隱形眼鏡。**您在每個福利年有一筆津貼適用於選取的美瞳隱形眼鏡，以替代眼鏡鏡片福利。如果您選擇的隱形眼鏡超出計劃津貼，那麼您須自行承擔差價。如果您選擇在福利年內獲得隱形眼鏡，在同一福利年內不會為鏡片支付任何福利費用。

**鏡框。**視力護理服務提供者將協助選擇鏡框，正確適配調節鏡框並提供後續鏡框調整服務，保證舒適度和高效性。如果您前往網絡內視力護理服務提供者處並選擇的鏡框費用超過福利摘要顯示的最高福利限額：視力護理服務最高限額，您的費用將以優惠安排為基礎。

**鏡片。**視力護理服務提供者將要求符合您的視力需求所必要的適當鏡片。視力護理服務提供者將檢驗最終鏡片的準確性。承保鏡片包括塑膠 (CR39) 鏡片：

1. 單焦點；
2. 雙焦點；
3. 三焦點 (FT25-28)；或
4. 漸層鏡片。

福利包括工廠防刮塗層。針對任何未滿 19 歲的人士開具的聚碳酸酯鏡片均全額承保。所有其他塗層、其他鏡片材料及治療不在承保範圍。

您將承擔超過視力護理福利最高限額的金額。

**非選擇性隱形眼鏡。**非選擇性隱形眼鏡並不是為了美容而提供，每個福利年會有最高福利限制。非選擇性隱形眼鏡在明確或診斷出現以下病況時承保：

1. 眼鏡鏡片無法矯正的極端視力或其他機能問題；或
2. 圓錐角膜——眼角膜異常錐形變薄，通常出現在 20 歲之前；或
3. 高度屈光不正——異常高度數近視、遠視，或
4. 特定屈光差——一隻眼睛需要的處方與另一隻眼睛大相逕庭。

**視力檢查。**完整的初始視力分析，包括適當的視力機能檢查，包括按要求開具矯正眼鏡。這不包括隱形眼鏡適配費。

## 非承保視力護理

任何下列項目或相關服務招致的費用均不在本計劃承保支付範圍內。（此類例外和限制情況標題僅為參考便利，並不代表例外和限制情況的必備條件，也不會改變相關含義。）

**美瞳選擇。**混合鏡片/無邊；超大鏡片；漸層多焦點鏡片；光致變色鏡片；變色鏡片，但「承保視力護理」具體規定的「鏡片」除外；塗層鏡片，但工廠防刮塗層除外；美瞳或美容過程；及防 UV 鏡片。

**犯罪或核能。**下列情況導致的病情：(1) 您採取犯罪行為或嘗試犯罪，或 (2) 任何釋放核能的行為，不論是否因為戰爭，當政府資金可用於治療因此類核能釋放而導致的疾病或受傷時。

**超額。**任何超出承保視力費用的金額。

**實驗性或研究性。**任何實驗性或研究性服務或材料。

**眼部手術。**任何醫療或外科手術眼睛治療及任何診斷檢查。僅為或主要為矯正眼睛屈光缺陷，例如近視（近視）和/或散光而進行的任何眼睛手術。手術後要求佩戴的隱形眼鏡和鏡方塊眼鏡。

**政府治療。**由地方、州或聯邦政府機構提供或有公立學校體系或學區提供的任何您實際獲得的服務，但若聯邦法律或州法律明確規定本計劃必須給付則不在此限。如果您無須為此支付費用或者此類服務系免費提供，計劃將不會為此類服務支付費用。

**醫院護理服務。**入院和門診醫院視力照護。

**鏡片或鏡框遺失或損壞。**任何鏡片或鏡框遺失或損壞，但您到下一受益期的除外。

**無執照視力照護提供者。**無執照視力護理提供者提供的治療或服務，及請勿求服務提供者持照即可提供的治療或服務。包括在持照醫師或持照視力照護提供者監督下由無執照視力照護提供者提供的治療或服務，但理賠監管具體提供或安排的除外。

**非處方鏡片。**任何非處方鏡片、眼鏡或隱形眼鏡。平面鏡或沒有屈光力的鏡片。

**未具體列明。**本計劃未具體列為受保服務的服務。

**斜視矯正。**矯正或視力訓練以及任何相關附加檢測。

**私人合約。**根據會員與提供者之間的私人合約提供的服務或用品在Medicare計劃下是禁止補償的，具體參見Social Security Act第1802節 (42 U.S.C. 1395a) 第十八條。

**常規檢驗或檢查。**入職需要的常規檢驗或檢查。

**安全眼鏡。**安全眼鏡和隨附鏡框。

**親屬服務。**由向住在您家中或與您有血緣或婚姻關係的人士取得的專業服務或用品。

**太陽鏡。**太陽鏡和隨附鏡框。

**無保險。**在您生效日期前或在承保結束後接受的服務。

**自願付款。**您並無法律義務必須支付。沒有向您收取。如果沒有保險計劃即不收費的服務費用。

**工作相關。**無論是經由判決、和解或其他方式，依任何勞工賠償、僱主責任法律或職業病法律規定已獲得彌補或可獲得彌補的工作相關病情，即使被保人並未申請這些福利的理賠。

## 一般條款

**提供護理。**我們不負責提供任何類型的視力護理，同樣也不會為所獲得的任何上述護理品質承擔責任。

**獨立承包商。**理賠監管與提供者的關係就是獨立承包商的關係。眼科醫生、驗光師和配鏡師並不是理賠監管的代理，更不是其員工、任何類型的視力護理提供者的員工或代理。

**不適用於提供者監管。**此計劃福利並不適於監管視力護理提供者收取的費用，但針對網絡內視力護理服務提供者，將監管承保服務費率。

### 保險條款

1. 為了使您享受計劃下的福利，計劃及您在計劃下的保險必須在導致發生福利理賠的費用支出時已經生效。
2. 您可能有的權獲得的福利將取決於在導致發生福利理賠的費用支出時已經生效的保險條款。費用在您接受服務或用品（針對服務或用品付費）當日導致。
3. 計劃可在未經您的同意或贊同的情況下根據計劃條款修訂、修改或終止。

**無差別待遇。**任何具備登記資格的人士均不得因健康狀況、健康護理需求、常規資訊、前期醫療資訊、殘疾、性取向或身份、性別或年齡而被拒絕登記。

**保險保護。**在下列情況下，我們無權取消您在此計劃下的保險：(1) 此計劃有效；及 (2) 您具備資格；及 (3) 您的規定每月繳費已根據計劃條款支付。

**自由選擇提供者。**此計劃不得以任何方式干擾您作為會員有權享受視力護理福利，自行選擇視力護理服務提供者的權利。您可以選擇任何視力護理服務提供者提供此計劃下承保的護理，但上述專家或機構應該根據適當的州級和地方法律獲得執照。不過，您的選擇可能影響根據此計劃應該支付的福利金額。

**超出福利範圍的支出。**我們並不為任何您招致的超出此計劃福利金額範圍的費用。

**福利不可轉讓。**只有會員有權獲得此計劃下的福利。福利權不可轉讓。

**理賠通知與損失證明**您或視力護理服務提供者必須在您獲得理賠服務或用品後的 90 天內向理賠監管遞交項目細化的帳單。所獲得的服務及服務收費必須分項列明，並且清楚準確說明。如果在上述時限內沒有合理可能提交理賠，可允許最多12個月延期。無法律行為能力的除外，如果您沒有在規定時限內提出理賠，計劃管理員將不會為計劃福利支付費用。如果理賠監管未在該時間期限內收到書面的損失證明，計劃管理員將不負責給付任何福利。不接受註銷的支票或憑證。

**及時支付理賠。**在理賠監管已收到適當書面損失證明及理賠監管可能為決定我們的義務所需要的合理必要的其他資訊後，任何本計劃下應付的福利則到期應付。

**向提供者支付費用。**計劃將直接向網絡內視力護理服務提供者支付福利。此外，在您書面指派福利的情況下，計劃將直接支付網絡外視力護理服務提供者。這些支付表示我們在這些承保服務方面對您承擔的義務已經履行。

**索回權。**如果出現支付錯誤的情況，理賠監管有權適當調整理賠，根據適用法律和條例向您或提供者（如適用）索回上述付款。在理賠監管向提供者索回支付錯誤的金額時，將在我們向提供者支付其提交理賠金額後的 365 天內從提供者處索回上述金額，但提供者欺詐或虛假陳述的情況除外。理賠監管有權從未支付或後期的理賠中扣除或抵消任何錯誤支付的金額。

在特定情況下，如果理賠監管支付的個人健康護理提供者金額是您應該自行承擔的部分，例如自付額、共付額或共同保險，理賠監管可以向您直接收取上述金額。您同意理賠監管有權向您索回上述金額。

理賠監管負責監督提供者和供應商及分包商合約是否法規遵循。理賠監管可能就合約執行達成解決或折中方案，並且如果無法退還超額支付金額，可能保留因上述稽核從提供者、供應商或分包商處索回的金額。

理賠監管已經制訂索回政策，以決定應索回項目，何時產生費用與費用及是否就索回金額達成和解或讓步。如果收取成本超過超額支付金額，理賠監管不會索回超額支付金額。如果索回方式使得寄送超額支付通知手續繁冗，理賠監管可能不會通知您他們或您所出現的超額支付情況。

**工傷賠償險。**計劃並不影響任何工傷賠償險要求。也不得替代該險。

**向提供者支付費用之責。**如果計劃未向已為您提供福利的提供者支付費用，您需要支付該提供者任何計劃未向其付費的金額。

**展期規定。**計劃可在規定間隔時間後展期續約。計劃規定的每月繳費或其他條款可能不時變更。

**與提供者達成財務安排。**經過與部分健康護理提供者或供應商（以下統稱「提供者」）商定，某些折扣、付款、返利、協議清償、激勵、調整和/或津貼，包括但不限於視力服務返利，可能以選擇具體服務提供者向透過 Anthem Blue Cross Life and Health 或附屬公司管理或提供的類似視力計劃獲得保險的所有人士提供的具體視力服務為基礎。並不歸於具體理賠或計劃，並且不會以任何承保的個人或團體為受益方，但 Anthem Blue Cross Life and Health 或附屬公司在決定費用或投保費用或保費時可能會作為考慮因素。



## 定義

本計劃所使用的關鍵術語含義參見下文。在出現任何下文所示關鍵術語時，將以字首大寫表示。如果下文任何關鍵術語在本計劃中採用大寫表示時，請參見此節。

**福利年**指決定應用福利的 12 個月期，例如累積滿足每年扣除額規定及累積達到年度福利限額或最高限額。您的福利年從保險期開始的第一個月起。

**子女滿足**「保險開始與結束方式」下所列的子女參與計劃的資格要求。

**理賠監管**指 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company。Anthem Blue Cross 代表 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company 執行所有計劃下理賠處理相關的行政管理服務。

**保險年度**指學生及其受撫養人具備資格獲得計劃福利的時期。

**承保視力費用**指您為承保服務或材料承擔的費用，但不得超過您的視力護理福利規定的最高限額；承保視力費用如何決定。費用在您接受服務或材料當日導致。

**受撫養人**滿足「保險開始與結束方式」下所列的受撫養人參與計劃的資格要求。

**家庭伴侶**滿足「保險開始與結束方式」下所列的家庭伴侶資格要求：保險開始方式。

**生效日期**指您在此計劃下保險開始的日期。

**實驗性程序**指主要僅限於實驗室和/或動物研究。

**團體**指我們已經簽發此保險協定的組織。團體名稱是 UNIVERSITY OF CALIFORNIA STUDENT HEALTH INSURANCE PLAN。

**受保人**指受保學生或受保受撫養人。

**受保學生（學生）**指主要受保人，有權為自己 and 合資格受撫養人登記參加此計劃的人士。

**研究性程序或用藥**指向在人體上限制使用的方向不斷發展，但在正式醫療界尚未作為經證明有效的廣泛認可的。

**商定費率**指網絡內視力護理服務提供者同意就承保服務接受作為全額付款。通常低於正常收費。商定費率經偏好提供者組織計劃參與協定決定。

**網絡外視力護理服務提供者**是在提供服務時未與理賠監管簽訂偏好提供者協定的服務提供者。

**網絡內視力護理服務提供者**是在提供服務時與理賠監管簽訂有效偏好提供者參與協議的服務提供者。網絡內視力護理服務提供者同意就承保服務接受商定費率作為付款。

**計劃**指本手冊及手冊修訂本（如有）所述的一系列福利。此計劃須遵守我們已經向團體簽發的保險協議條款與條件。如果計劃出現任何變更，須向團體簽發修訂版或修改版手冊，以向受變更影響的每個受保學生分發。

**計劃手冊**是計劃涉及福利的書面說明。

**計劃年度**指 UC SHIP 計劃年的開始和結束日期，適用於計劃合約目的、財務管理和資料報告。

**先前計劃**指計劃管理員支援的，在 60 天內被此計劃替代的計劃。如果您：(1) 在先前計劃終止時已在先前計劃承保下；(2) 在此計劃有效日期的 31 天內正式登記參加保險；及 (3) 完全因先前計劃終止而終止保險，則您應該視為已受先前計劃承保。

**配偶**滿足「保險開始與結束方式」下所列的配偶參與計劃的資格要求。

**視力護理服務提供者**指獲得視力護理執照的眼科醫生、驗光師或配鏡師，且在執照規定範圍內提供服務，並且為本計劃手冊所列福利提供服務。

我們（我們、我們的）指計劃管理員。

您（您的）指登記獲得此項計劃下的福利的受保學生和受撫養人。

# 獲得您的母語協助

是否想要瞭解其內容？我們也想要瞭解。以下是英文版本：

您有權免費獲得該資訊以及使用您的語言提供的協助。請致電 ID 卡上的會員服務部電話獲得協助。(聽力障礙電傳(TTY)/聽障專線(TDD): 711)

我們為視覺障礙者提供另類形式的檔案，此檔案獨立於理賠監管的語言援助計劃之外。如果您需要這份檔案的其他格式，請致電您的 ID 卡背面列出的會員服務部電話號碼。

## Spanish

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 مجانًا. 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

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាននេះ: នឹងទទួលបានជំនួយជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខសេវាសមាជិកដែលមានលើប័ណ្ណ 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)

## 我們公平對待您非常重要

這是我們在我們的健康計劃和活動中遵守聯邦民權法的原因。我們不會基於種族、膚色、民族血統、性別、年齡或殘障而歧視、排斥他人。我們為殘障人士免費提供援助與服務。我們透過口譯員與其他書面語言為母語非英語的人士免費提供語言協助服務。對這些服務感興趣嗎？請致電您的 ID 卡上列出的會員服務號碼求助 (TTY/TDD: 711)。如果您認為我們未能提供這些服務或基於種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別歧視他人，您可以提出投訴，也稱為申訴。您可以透過致函下列地址向我們的法規遵循協調員提出投訴：**Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279** 或傳送電子郵件至 [compliance.coordinator@anthem.com](mailto:compliance.coordinator@anthem.com)。或者您可以向美國衛生及公共服務部下屬的民權辦公室提出投訴，地址為 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201，或是致電 1-800-368-1019 (TDD : 1- 800-537-7697)，或線上登入 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。投訴表格可在以下網址獲得：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

僅有 BLUE VIEW VISION INSIGHT 提供者可提供可選補助

醫療網內會員費用（任何適用共付額扣除後）

視網膜造影——會員自選，可在眼科檢查時進行

不超過 \$39

眼鏡鏡片升級

在從 Blue View Vision Insight 提供者處獲得眼鏡時，您可以折扣價升級新的眼鏡鏡片。眼鏡鏡片共付額適用。

○ 鏡片（成人）	\$75
○ 標準聚碳酸酯鏡片（成人）	\$40
○ 有色鏡片（純色和漸變色）	\$15
○ UV 塗層	\$15
○ 漸層鏡片 1	\$65
○ 標準	\$85
○ 保費級 1	\$95
○ 保費級 2	\$110
○ 保費級 3	\$110
○ 抗反射塗層 2	\$45
○ 標準	\$57
○ 保費級 1	\$68
○ 保費級 2	低於零售價 20%

額外其他眼鏡

隨時從任何 Blue View Vision Insight 網絡內提供者處獲得。

○ 整副眼鏡	低於零售價
○ 單獨購買眼鏡材料	40% 低於零售

眼鏡配件

○ 例如非處方太陽鏡、鏡片清潔用品、隱形眼鏡溶劑、眼鏡盒等物品。	低於零售價 20%
----------------------------------	-----------

隱形眼鏡適配及後續服務

在全面眼科檢查完成後，提供隱形眼鏡適配及最多兩次後續就診服務。

○ 標準隱形眼鏡適配 3	最多 \$55 低於零售價 10%
○ 優選隱形眼鏡適配 4	零售價 10%

傳統隱形眼鏡

○ 折扣僅適用於材料	低於零售價 15%
------------	-----------

請讓您的提供者提供建議及按等級分可用的漸層品牌。<sup>2</sup> 請讓您的提供者提供建議及按等級分可用的塗層品牌。

<sup>3</sup> 標準適配包括傳統佩戴球面鏡片及計劃取代。範例包括但不限於一次性和經常取代物品。<sup>4</sup> 優選適配包括所有鏡片涉及、材料及標準隱形眼鏡外的專用適配。範例包括但不限於環面和多焦點。

優惠如有變更，恕不另行通知。優惠不是您的視力計劃「承保福利」，且不在您的保險證書中列明。優惠將由網絡內提供者提供，但州級法律禁止不在計劃承保福利範圍內的產品和服務享受優惠的除外。如果製造商在零售和獨立提供者門店沒有任何銷售優惠政策，則鏡框優惠不適用。部分網絡內服務提供者包括：



透過 ANTHEM SPECIAL OFFERS PROGRAM 可得的額外補助\*

在您的福利已使用後仍有其他眼鏡等物品補助，透過不同供應商可獲得非處方太陽鏡、助聽器甚至是 LASIK 雷射視力矯正手術。僅需登入 [at.anthem.com/ca](http://at.anthem.com/ca)，選擇優惠，然後按一下「視力、聽力與牙科」即可。

\* 折扣無法連同您的承保福利使用。

## 網絡外

如果您選擇從網絡外提供者處獲得承保服務或購買承保眼鏡，網絡折扣將不適用且您將承擔服務當時適用的服務和/或眼鏡材料費用。請填妥網絡外理賠單，並連同您項目細化的收據透過傳真、電郵或郵寄方式寄送，具體號碼或地址如下。如欲下載理賠單，請登入 [anthem.com/ca](http://anthem.com/ca)，或從首頁功能表支援中選擇表格，按一下改變州，選擇您所在的州，下拉式理賠並選擇 *Blue View Vision* 網絡外理賠單。您可以致電 **1-866-940-8306** 聯絡會員服務部請求理賠單。

傳真： 866-293-373

電子郵件： [oonclaims@eyewearspecialoffers.com](mailto:oonclaims@eyewearspecialoffers.com)

郵寄地址： Blue View

Vision

Attn: OON Claims

P.O. Box 8504

Mason, OH

45040-7111