

# **Folleto de beneficios**

(Denominado "Folleto" en las páginas siguientes)

## **Plan Blue View Vision**

**University of California Student Health Insurance Plan**

**2019-2020**

*Inside Front Cover*

Estimado/a miembro del plan:

Este Folleto del plan te ofrece una explicación detallada sobre tus beneficios, limitaciones y otras cláusulas del Plan que te correspondan.

En este Folleto, se utiliza “tu” y “tu/s” para referirse a los estudiantes y los dependientes cubiertos (“miembros”). Se utiliza “nosotros”, “nos”, “nuestro/s” y “nuestra/s” para referirse al Administrador del plan.

Todas las palabras que aparecen en mayúsculas tienen definiciones específicas. Podrás encontrarlas en la sección Definiciones de este Folleto.

Lee atentamente el Folleto del plan para poder entender todos los beneficios que te ofrece tu Plan. Ten a mano este Folleto del plan por si tienes alguna pregunta con respecto a la cobertura.

**Importante:** Este no es un Plan de beneficios asegurados. Los beneficios que se describen en este Folleto del plan y toda modificación o enmienda que se le hagan están financiados por la Universidad. Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company presta todos los servicios administrativos relacionados con el procesamiento de las reclamaciones del Plan y tiene total autoridad y criterio para determinar si los miembros tienen derecho a recibir los beneficios del Plan y hasta qué punto. Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company no asume ninguna obligación ni riesgo financiero con respecto al financiamiento de beneficios.

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

**Número de Servicios para Miembros del University of California Student Health Insurance Plan  
(UC SHIP): 1-866-940-8306**

Sitio web del UC SHIP: [www.ucop.edu/ucship](http://www.ucop.edu/ucship)

## *Inside Back Cover*

### **Aviso de reclamo**

Todos los reclamos y las disputas relacionadas con la cobertura provista por este Plan se deben resolver de acuerdo con los procedimientos para la presentación de quejas del Plan. Las quejas se pueden presentar por teléfono al 1-866-940-8306 o por escrito (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 deseas, el Administrador de reclamaciones te entregará un Formulario de Reclamos que podrás usar para explicar el asunto.

Se confirmará por escrito la recepción de todas las quejas recibidas por el Plan, junto con una descripción de la solución que propone el Administrador de reclamaciones.

Las quejas que estén relacionadas con la elegibilidad de cobertura del Plan se deben presentar ante el centro de servicios de orientación y salud para estudiantes de tu campus, por escrito, dentro de los 60 días luego de recibir el aviso que indique que no eres elegible para la cobertura. Debes incluir toda la información y documentación sobre la que se basa tu queja. El centro de servicios de orientación y salud para estudiantes te notificará por escrito la decisión que se tomó con respecto a tu elegibilidad. Si el centro de servicios de orientación y salud para estudiantes confirma que eres inelegible, podrás solicitar por escrito que la oficina del UC Student Health Insurance Plan (UC SHIP) revise la decisión. Debes enviar tu solicitud de revisión dentro de los 60 días luego de recibir el aviso de que no eres elegible por parte del centro de servicios de orientación y salud para estudiantes, y debes incluir toda la información y documentación relevante para tu queja. Debes enviar tu solicitud de revisión a: University of California Student Health Insurance Plan, Risk Services, 1111 Franklin Street, 10<sup>th</sup> Floor, Oakland, CA 94607. La decisión del director del UC SHIP será final.

**Número de Servicios para Miembros del University of California Student Health Insurance Plan  
(UC SHIP): 1-866-940-8306**

Sitio web del UC SHIP: [www.ucop.edu/ucship](http://www.ucop.edu/ucship)

*Back Cover*

Reclamaciones administradas por:

*ANTHEM BLUE CROSS*

en representación de

ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY

*End Cover Plan Booklet*

# Índice

<b>Cómo comienza y termina la cobertura</b> .....	<b>1</b>
Inicio de la cobertura.....	1
Finalización de la cobertura .....	5
<b>Tipos de proveedores</b> .....	<b>6</b>
<b>Resumen de beneficios</b> .....	<b>6</b>
<b>Beneficios de cuidado de la vista</b> .....	<b>6</b>
<b>Información general</b> .....	<b>9</b>
<b>Tus beneficios relacionados con el cuidado de la vista</b> .....	<b>10</b>
Cómo se determinan los gastos cubiertos de los servicios de la vista.....	10
Límites de los beneficios y copagos de los servicios relacionados con el cuidado de la vista .....	10
Cómo aprovechar tus beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista .....	10
Condiciones de la cobertura .....	11
Cuidado de la vista que está cubierto .....	11
Cuidado de la vista que no está cubierto .....	12
<b>Cláusulas generales</b> .....	<b>13</b>
<b>Definiciones</b> .....	<b>16</b>

# Cómo comienza y termina la cobertura

## Inicio de la cobertura

### Estado de elegibilidad

#### Estudiantes asegurados

1. Los siguientes tipos de estudiantes están inscritos de forma automática como estudiantes asegurados:
  - a. Todos los estudiantes registrados, incluso los estudiantes locales e internacionales de los siguientes campus de la 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 Barbara
    - x. Santa Cruz
  - b. Todos los estudiantes graduados de la University of California que se registraron sin estar presentes en los campus que se enumeran en el punto 1.a.
  - c. Las personas del campus de la UC en San Francisco inscritas en el “Plan de Salud de Investigadores y Estudiantes Becados”, que incluye a las personas que no son estudiantes registrados, pero que son estudiantes becados y/o investigadores que participan en un programa académico aprobado por el campus. Cada persona que se inscribe debe presentar evidencia sobre la aprobación oficial de un representante del programa en el campus.

**Nota:** un estudiante puede renunciar a la inscripción del UC SHIP durante el periodo de exención que establezca su campus si presenta la evidencia de otra cobertura médica que cumpla con los criterios de beneficios médicos que especifica la Universidad. La exención se mantendrá vigente durante un año académico y se deberá completar otra vez durante el periodo de exención al inicio de cada trimestre de otoño o semestre del año académico. También están disponibles las solicitudes de exención para cada periodo académico dentro de un año (trimestre de invierno o primavera o semestre). Puedes obtener más información sobre la exención de inscripción al UC SHIP en la oficina de seguros médicos para estudiantes de tu campus.

2. Las siguientes personas podrán inscribirse voluntariamente como estudiantes asegurados:
  - a. Todos los estudiantes no registrados de la University of California de los campus de Davis, Irvine, Los Angeles, Merced, Riverside, San Diego, San Francisco, Santa Barbara y Santa Cruz que soliciten el estado de la tarifa y que estén trabajando bajo el auspicio de la University of California, según lo determine el campus, pero que no están cursando. Los estudiantes que soliciten el estado de la tarifa podrán adquirir la cobertura del Plan por un máximo de un semestre o un trimestre. Para poder inscribirse, deberán comunicarse con Academic Health Plans al 1-855-427-3206.
  - b. Todos los estudiantes no registrados, tanto los graduados como los no graduados, de los campus de Davis, Merced y Santa Cruz; los estudiantes graduados de los campus de Los Angeles y Santa Barbara y los estudiantes no graduados del campus de Riverside que están en una Situación de Excedencia Aprobada (PELP); los estudiantes graduados de los campus de Los Angeles, Riverside, San Diego, San Francisco y Santa Barbara; los estudiantes graduados y no graduados

de los campus de Irvine y Santa Cruz que tienen una Licencia (LOA) aprobada. Estos estudiantes podrán adquirir la cobertura del Plan por un máximo de un semestre o dos trimestres. Para poder inscribirse, deberán comunicarse con Academic Health Plans al 1-855-427-3206.

- c. Los exestudiantes de los campus de la University of California que hayan obtenido su diploma (graduados) durante el periodo que precede inmediatamente al periodo por el cual quieren adquirir la cobertura. Estos estudiantes podrán adquirir la cobertura del UC SHIP por un máximo de un semestre o un trimestre. Para poder inscribirse, deberán comunicarse con Academic Health Plans (AHP) al 1-855-427-3206. El estudiante tiene que estar cubierto por el Plan en el periodo que precede inmediatamente al periodo por el cual el estudiante quiere adquirir la cobertura.

**NOTA:** los estudiantes no registrados que se describen en el punto 2 solo pueden adquirir la cobertura del UC SHIP si también reúnen los siguientes requisitos:

- a. Se inscribieron en el UC SHIP durante el periodo académico inmediatamente anterior; o
- b. Presentan las pruebas de que perdieron su cobertura de forma involuntaria en los últimos 30 días.

### **Dependientes elegibles**

1. Los siguientes tipos de dependientes de los estudiantes asegurados podrán inscribirse de forma voluntaria en el Plan:
  - a. Cónyuge: Cónyuge legal del Estudiante asegurado.
  - b. Pareja doméstica: La persona denominada Pareja doméstica del Estudiante asegurado mediante uno de los siguientes métodos: (i) el registro de la pareja en el estado de California; (ii) la consumación de una unión legal entre personas del mismo sexo, que no sea a través del casamiento, realizada en otra jurisdicción y que sea considerablemente equivalente a una pareja doméstica registrada en el estado de California o (iii) la presentación de un formulario de Declaración de Pareja Doméstica ante la Universidad. La Pareja doméstica del sexo opuesto del estudiante asegurado podrá ser elegible para acceder a la cobertura solo si uno de ellos o ambos tienen 62 años o más y cumplen con los requisitos necesarios para recibir los beneficios del Seguro Social según la edad.
  - c. Hijo: Los Hijos del Estudiante asegurado según las siguientes condiciones:
    - Hijo biológico menor de 26 años.
    - Hijastro: Un hijastro menor de 26 años pasa a ser un Dependiente a partir de la fecha en la que el Estudiante asegurado se casa con el padre o la madre del niño.
    - Hijo adoptivo menor de 26 años, incluso un niño que se encuentra bajo el cuidado del Estudiante asegurado o el de su Cónyuge o Pareja doméstica, a los efectos de adopción, a partir del momento en el que se confiere la tutela a través de la certificación de un organismo tutelar.
    - Hijo de la Pareja doméstica del Estudiante asegurado: Un Hijo de la Pareja doméstica del Estudiante asegurado menor de 26 años pasa a ser un Dependiente a partir de la Fecha de entrada en vigor de la pareja doméstica.
    - Niño bajo tutela: Un niño menor de 18 años bajo tutela pasa a ser un Dependiente a partir del momento en que se pone bajo la tutela del Estudiante asegurado, según la certificación que confiera el organismo tutelar. En algunos casos, el límite de edad del Niño bajo tutela se podrá extender según lo que dispone la cláusula para dependientes que no sean menores, de acuerdo con lo que establece la sección 11400 (v) del Código Asistencial e Institucional de California.
    - Un niño al cual el Estudiante asegurado deba brindarle un seguro médico por cuestiones legales conforme a una orden judicial o administrativa, siempre y cuando el niño cumpla con los requisitos de elegibilidad del UC SHIP.

- Hijo adulto dependiente: Un Hijo de 26 años o más y que: (i) estuvo cubierto por el Plan anterior, o cuenta con seis meses o más de cobertura válida, (ii) depende principalmente del estudiante, Cónyuge o Pareja doméstica para que le brinden apoyo y manutención, y (iii) es incapaz de trabajar para mantenerse debido a una afección física o trastorno mental. Un médico debe certificar por escrito que el Hijo es incapaz de trabajar para mantenerse debido a una afección física o trastorno mental. Es posible que la Universidad le solicite presentar pruebas de la afección o trastorno para poder continuar la cobertura. La Universidad debe recibir la certificación, sin costo alguno para ella, dentro de los 60 días a partir de la fecha en la que el estudiante recibe la solicitud. Es posible que, como máximo una vez por año después de la certificación inicial, la Universidad solicite pruebas de que la dependencia continúa y de que la afección física o trastorno mental todavía existe. Esta excepción será válida hasta que el hijo ya no dependa principalmente del Estudiante, Cónyuge o Pareja doméstica para que le brinden apoyo y manutención debido a una afección física o trastorno mental permanente. 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 quienes integran la Pareja doméstica son Estudiantes asegurados con cobertura, sus hijos podrán recibir la cobertura y ser dependientes por parte de uno de ellos, pero no de ambos.**

2. Los estudiantes deben presentar las evidencias del estado de sus Dependientes cuando los inscriben en el Plan. Se aceptarán los siguientes documentos:
  - a. Para el Cónyuge, el certificado de casamiento.
  - b. Para la Pareja doméstica, un Certificado de Pareja Doméstica Registrada emitido por el estado de California; un Certificado de unión legal entre personas del mismo sexo, que no sea de casamiento, establecida en otra jurisdicción o un formulario completo de Declaración de Pareja Doméstica emitido por la Universidad.
  - c. Para un Hijo biológico, un certificado de nacimiento que muestre que el estudiante es el padre o la madre del niño.
  - d. Para un hijastro, un certificado de nacimiento y un certificado de casamiento que indique que uno de los padres nombrados en el certificado de nacimiento está casado o casada con el estudiante.
  - e. Para un Hijo biológico de la Pareja doméstica, un certificado de nacimiento que muestre que dicha Pareja doméstica es el padre o la madre del niño.
  - f. Para un Hijo adoptivo o un Niño bajo tutela, la documentación emitida por el organismo tutelar que indique que el estudiante o la Pareja doméstica tiene el derecho legal de administrar el cuidado de la salud del niño.
  - g. Para un niño que esté cubierto conforme a una orden judicial, una copia del documento de la corte.

Para obtener la cobertura de los hijos, es posible que el Plan disponga que debas brindarle a Academic Health Plans una copia de cualquier documento legal en el que se te concede la tutela del niño. Esto se debe presentar en inglés o traducido al inglés.

## **Periodos de cobertura**

Las fechas de cobertura varían según el campus y el programa en el que el estudiante está inscrito. Comunícate con el centro de servicios de orientación y salud para estudiantes para obtener información sobre los periodos de cobertura.

## **Inscripción**

No es necesario que los estudiantes registrados envíen sus solicitudes por escrito. La University of California llevará el registro de todos los estudiantes inscritos en cada semestre/trimestre del periodo académico y, salvo



los estudiantes que presenten la evidencia de que tienen otra cobertura médica que cumple con los requisitos que establece la Universidad, todos los estudiantes registrados serán inscritos de forma automática en este Plan para recibir la cobertura durante cada semestre/trimestre del periodo académico en el que están inscritos. Consulta el sitio web de tu campus para obtener información sobre los periodos de cobertura.

Los estudiantes que involuntariamente pierdan su otra cobertura médica durante el Periodo de cobertura deben notificarle al centro de servicios de orientación y salud para estudiantes mediante una carta oficial escrita sobre la finalización de la prestadora de seguro médico anterior. Estos estudiantes serán inscritos en el Plan a partir de la fecha de su pérdida involuntaria de la otra cobertura si le notifican al centro de servicios de orientación y salud para estudiantes dentro de los 31 días a partir de la pérdida. Si el estudiante no le notifica al centro de servicios de orientación y salud para estudiantes dentro de los 31 días, la cobertura entrará en vigencia el día en el que el estudiante pague la prima por completo. La prima no se proratea para las inscripciones que se realicen después del inicio del Periodo de cobertura.

Los estudiantes no registrados y los dependientes que se inscriban de forma voluntaria deben enviar una solicitud de inscripción durante cada Periodo de cobertura. Llame a **AHP al 1-855-427-3206 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. hora del Pacífico (PST) para obtener más información sobre la inscripción.** Las solicitudes de inscripción se deben recibir durante las fechas del periodo de inscripción, el cual puede variar según el Periodo de cobertura. La inscripción no será válida para el próximo Periodo de cobertura a menos que se reciba una nueva solicitud.

Los dependientes de los estudiantes se pueden inscribir, fuera de un periodo de inscripción para un Periodo de cobertura especial, dentro de los 31 días calendario de los siguientes hechos:

1. Para el Cónyuge, la fecha de emisión del certificado de matrimonio.
2. Para la Pareja doméstica, la fecha en la que el estado de California emite la Declaración de Pareja Doméstica o de unión legal entre personas del mismo sexo, que no sea de casamiento, establecida en otra jurisdicción o la fecha en la que el centro de servicios de orientación y salud para estudiantes recibe la Declaración de Pareja Doméstica emitida por la Universidad.
3. Para un Hijo biológico, la fecha de nacimiento.
4. Para un Hijo adoptivo o un Niño bajo tutela, la fecha de adopción o la fecha en la que se le concede la tutela al estudiante o la Pareja doméstica.
5. Para cualquier Dependiente, la fecha de pérdida de la otra cobertura. Se debe presentar una carta de finalización oficial de la prestadora de seguros al momento de inscribirse en el UC SHIP.

**Para inscribirse, los estudiantes no registrados y los dependientes deben llamar a Academic Health Plans al 1-855-427-3206 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 como se indica a continuación:**

1. Si el Plan termina, la cobertura del estudiante finaliza en ese mismo momento. Este Plan se puede cancelar o cambiar en cualquier momento sin aviso. Si el Plan termina o cambia, un Estudiante asegurado permanecerá cubierto por reclamaciones realizadas, pero no presentadas o pagadas antes de que el Plan termine o cambie.
2. Si el Plan deja de brindar cobertura para la clase de estudiantes a la que pertenece un Estudiante asegurado, su cobertura finaliza en la Fecha de entrada en vigor del cambio.
3. Si el estudiante se gradúa de la Universidad, la cobertura del estudiante continúa hasta el último día del Periodo de cobertura durante el cual el estudiante se gradúa de la Universidad.
4. Si el estudiante se retira o lo expulsan de la Universidad, la política del campus determinará si la cobertura continuará después de la fecha de retiro o expulsión. Comunícate con el centro de servicios de orientación y salud para estudiantes para obtener más información.
5. La inscripción en el Plan puede terminarse por las razones que se enumeran más abajo. Al estudiante se le debe notificar la terminación por escrito. La terminación se hará efectiva no menos de 30 días después de la fecha del aviso escrito.
  - a. Con respecto a la elegibilidad para el UC SHIP, proporcionas conscientemente información importante que es falsa o que malinterpreta la información de cualquier documento o no le notificas al administrador del Plan los cambios en tu estado o en el de tus dependientes.
  - b. Intencionadamente permites que otra persona que no seas tú o tus dependientes utilice tu tarjeta de identificación del plan para obtener servicios.
  - c. Intencionadamente, obtienes o intentas obtener servicios a través del Plan mediante omisiones, actos o información falsa, considerablemente engañosa o fraudulenta.

**Importante:** Si un matrimonio o una pareja doméstica termina, o si un niño cubierto pierde su estado de Hijo dependiente, el estudiante debe presentar o enviar un aviso escrito a Academic Health Plans para informarle sobre la terminación y la pérdida del estado de elegibilidad. La cobertura para un excónyuge o expareja doméstica y sus Hijos dependientes, si los tuviera, termina según lo estipulado en las cláusulas sobre el "Estado de elegibilidad". Si tenemos una pérdida económica porque el estudiante no le informa al Servicio de Seguros AHP sobre la terminación de su matrimonio o pareja doméstica o la pérdida del estado de dependiente de un Hijo, podemos solicitarle al estudiante que pague las primas por cualquier periodo de cobertura inelegible. Si no envía un aviso escrito a Academic Health Plans, no se demorará ni se evitará que la cobertura del Cónyuge, la Pareja doméstica o el Hijo termine. Si el estudiante notifica a Academic Health Plans por escrito que debe cancelar la cobertura de un excónyuge, expareja doméstica o de un Hijo, si tuviera, inmediatamente después de que termina el matrimonio, la pareja doméstica o de que el niño pierde el estado de hijo dependiente, el aviso se tendrá en cuenta conforme a los requisitos de esta cláusula.

Comunícate con Academic Health Plans al 1-855-427-3206 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. PST.

**El director del UC SHIP es el responsable de la decisión final sobre la terminación de la inscripción en el Plan.**

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

**La inscripción en el Plan no se termina por cuestiones relacionadas con el sexo, raza, color, religión, orientación sexual, linaje, nacionalidad, discapacidad física o enfermedad.**

## Tipos de proveedores

**LEE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER SERVICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA. EL SIGNIFICADO DE LAS PALABRAS Y FRASES EN LETRA CURSIVA SE EXPLICA EN LA SECCIÓN DEFINICIONES DE ESTE FOLLETO.**

**Proveedores de cuidado de la vista de la red.** Anthem Blue Cross Life and Health tiene contratos con varios proveedores de cuidado de la vista, incluso clínicas oftalmológicas en algunos campus, para formar una red de “Proveedores de cuidado de la vista de la red”. Estos proveedores forman una “red” porque aceptaron participar en nuestro programa de proveedores de la red, cuyo nombre es Blue View Vision Insight. Aceptaron prestar cuidado de la vista a los asegurados a una tarifa negociada. El monto de los beneficios que se paga con este Plan a los Proveedores de cuidado de la vista que se encuentran fuera de la red puede ser diferente, e incluso menor, al monto que se paga a los Proveedores de cuidado de la vista de la red.

Para encontrar un proveedor de cuidado de la vista de la red Blue View Vision Insight, puedes llamar a Servicios para Miembros al 866-940-8306 o también puedes buscarlo con la función “Provider Finder” (buscador de proveedores) de nuestro sitio web [www.ucop.edu/ucship](http://www.ucop.edu/ucship).

**Proveedores de cuidado de la vista que se encuentran fuera de la red.** Los Proveedores de cuidado de la vista que se encuentran fuera de la red son proveedores que no aceptaron participar en nuestra red. Tampoco aceptaron los precios negociados ni otras cláusulas. Deberás pagar aquellos montos que te cobren que superen el límite de los beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista.

## Resumen de beneficios

**LOS BENEFICIOS QUE SE DETALLAN EN ESTE FOLLETO APLICAN SOLO PARA LOS SERVICIOS QUE ESTE PLAN CONSIDERA CUBIERTOS. SI TU PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA VISTA RECETA O SOLICITA UN SERVICIO NO SIGNIFICA QUE ESTE SEA, EN SÍ MISMO, UN SERVICIO O UN GASTO CUBIERTO.**

En este resumen, encontrarás una breve descripción de tus beneficios. Consulta el Folleto del plan para obtener información completa sobre los beneficios, las condiciones, las limitaciones y exclusiones de tu Plan.

### Beneficios de cuidado de la vista

Los beneficios de cuidado de la vista que te corresponden cubren solamente exámenes oculares y anteojos. Puedes elegir entre los servicios de cuidado de la vista que prestan los proveedores de la red y los que se encuentran fuera de la red. Sin embargo, esta elección influirá en tus beneficios.

Beneficios	Red	Fuera de la red	Frecuencia
<b>Examen ocular de rutina:</b> un examen ocular integral	Copago de \$10	Asignación de hasta \$49	Una vez por Año de beneficios
<b>Marcos:</b> un par de marco de anteojos	Asignación de \$120 y luego un coseguro del 20 % en el saldo restante	Asignación de hasta \$50	Una vez por Año de beneficios

Beneficios	Red	Fuera de la red	Frecuencia
<b>Cristales para anteojos (en lugar de lentes de contacto)</b> Un par de lentes estándar de plástico recetados:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes unifocales</li> </ul>	Copago de \$25	Asignación de hasta \$35	Una vez por Año de beneficios
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes bifocales</li> </ul>	Copago de \$25	Asignación de hasta \$49	Una vez por Año de beneficios
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes trifocales</li> </ul>	Copago de \$25	Asignación de hasta \$74	Una vez por Año de beneficios
<b>Mejoras de cristales</b>			
Si adquieres lentes o anteojos que gozan de la cobertura de un proveedor de Blue View Vision Insight, puedes añadir, sin ningún costo adicional, cualquiera de las siguientes mejoras.			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteojos fotocromáticos (para un hijo menor de 19 años)</li> </ul>	Sin copago	Sin cobertura	Una vez por Año de beneficios
<ul style="list-style-type: none"> <li>Policarbonato estándar (para un hijo menor de 19 años)</li> </ul>	Sin copago	Sin cobertura	Una vez por Año de beneficios
<ul style="list-style-type: none"> <li>Revestimiento antirrayaduras de fábrica</li> </ul>	Sin copago	Sin cobertura	Una vez por Año de beneficios
<b>Lentes de contacto (en lugar de cristales para anteojos)</b>			
La asignación para lentes de contacto solamente se aplicará a la primera compra de lentes de contacto que realices durante un periodo de beneficios. Cualquier monto restante no utilizado no podrá utilizarse para compras posteriores durante el mismo periodo de beneficios ni podrá transferirse al siguiente periodo de beneficios.			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes convencionales optativos (no descartables)</li> </ul>	Asignación de \$120 y luego un coseguro del 15 % en el saldo restante	Asignación de hasta \$92	Una vez por Año de beneficios
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes descartables optativos</li> </ul>	Asignación de \$120 (sin descuentos adicionales)	Asignación de hasta \$92	Una vez por Año de beneficios
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes no optativos (necesarios por motivos médicos)</li> </ul>	Sin copago ni coseguro	Asignación de hasta \$250	Una vez por Año de beneficios

**Nota:** además de los copagos antes mencionados, deberás abonar los montos que superen el límite de los beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista. Sin embargo, cuando visites a algún Proveedor de cuidado de la vista de la red, tendrás descuentos por los costos de los servicios y suministros relacionados con el cuidado de la vista que superen el límite de los beneficios.

**Copagos de los Proveedores de cuidado de la vista que se encuentran fuera de la red.** No deberás abonar copagos para recibir los servicios y suministros de un Proveedor de cuidado de la vista que se encuentra fuera de la red, pero deberás pagar cualquier cargo facturado que supere el límite de los beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista.

## **Información general**

rsb.938.00 **Dirección de Anthem Blue Cross Life and Health**

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

## **Tus beneficios relacionados con el cuidado de la vista**

### **Cómo se determinan los gastos cubiertos de los servicios de la vista**

Los Gastos cubiertos de los servicios de la vista se determinan según el cargo máximo que corresponde para cada servicio o suministro que el Plan acepte. No es necesariamente la suma que un proveedor de cuidado de la vista factura por el servicio. El gasto se genera el día en el que recibes el servicio o suministro por el cual se cobra el cargo.

**Proveedores de cuidado de la vista de la red.** El gasto máximo que se establece para cubrir los servicios prestados por un Proveedor de cuidado de la vista de la red será el cargo más bajo entre el monto facturado o el Precio negociado. Los Proveedores de cuidado de la vista de la red aceptaron no cobrarle un monto superior al Precio negociado por los servicios cubiertos.

Si eliges marcos o lentes cuyo precio es superior al límite de beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista, deberás pagar la diferencia, a la cual se le aplicará un descuento. Si escoges alguna opción que este Plan no cubre, deberás pagar un precio al cual se le aplicará un descuento.

**Proveedores de cuidado de la vista que se encuentran fuera de la red.** El gasto máximo que se establece para cubrir los servicios prestados por un Proveedor de cuidado de la vista que se encuentra fuera de la red siempre será el cargo más bajo del monto facturado o el máximo de los beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista que se muestra en la sección Resumen de beneficios. Deberás pagar aquellos cargos facturados que superen el límite de los beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista.

**Siempre deberás pagar los gastos que este Plan no cubra.**

### **Límites de los beneficios y copagos de los servicios relacionados con el cuidado de la vista**

Luego de restar el copago, pagaremos los beneficios correspondientes hasta alcanzar la suma de los Gastos cubiertos de los servicios de la vista, si este no supera el límite de los beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista. Los copagos y los límites de los beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista se establecen en el Resumen de beneficios.

### **Cómo aprovechar tus beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista**

**Cuando visitas a un Proveedor de cuidado de la vista de la red.** Para probar que eres un estudiante asegurado con cobertura para obtener beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista, se emitirá una tarjeta de identificación electrónica. Debes mostrarles esta tarjeta a los Proveedores de cuidado de la vista de la red (incluso en la clínica oftalmológica de tu campus, si hubiera alguna) cuando tengas una cita. El Proveedor de cuidado de la vista de la red solo te cobrará el copago y cualquier gasto que supere el límite de los beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista. Cuando un Proveedor de cuidado de la vista de la red realice una factura por los servicios cubiertos, el Plan los pagará de inmediato.

**Cuando visitas a un Proveedor de cuidado de la vista que se encuentra fuera de la red.** Si solicitas los servicios de un Proveedor de cuidado de la vista que se encuentra fuera de la red, deberás pagar el costo total del examen ocular y/o de los lentes que compres. Debes fotocopiar las facturas y los recibos, y guardar las copias. Envía el recibo con las facturas originales adjuntas y tu 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**

Tienes 90 días a partir de la fecha en la que se realizó el examen y/o la compra para enviar el recibo emitido por el Proveedor de cuidado de la vista junto con tu número de identificación. Si resulta imposible presentar la reclamación dentro de ese plazo, se otorgará una extensión de hasta 12 meses.

### **Condiciones de la cobertura**

Para que los gastos generados por servicios o suministros se consideren Gastos cubiertos de los servicios de la vista, deben cumplirse las siguientes condiciones de cobertura.

1. Debes realizar este gasto mientras estés cubierto por el Plan. Un gasto se genera el día en el que recibes el servicio o suministro por el cual se cobra un cargo.
2. El gasto se genera por un examen ocular de rutina, no por una cirugía o cuidado médico.
3. El gasto se genera por un servicio o suministro relacionado con el cuidado de la vista que esté incluido en la sección Cuidados de la vista que están cubiertos. Los límites adicionales de los Gastos cubiertos de los servicios de la vista están incluidos en los beneficios específicos y se detallan en la sección Resumen de beneficios.
4. El gasto no se debe generar por un servicio o suministro relacionado con el cuidado de la vista que esté incluido en la sección Cuidado de la vista que no está cubierto. Si el servicio o suministro está excluido parcialmente, entonces, solo aquella parte que no está excluida se considerará un Gasto cubierto de los servicios de la vista.
5. El gasto no debe exceder ninguno de los beneficios máximos ni ninguna de las limitaciones del Plan.
6. Todos los servicios y suministros deben ser solicitados por un oftalmólogo autorizado, optometrista u óptico autorizado.

### **Cuidado de la vista que está cubierto**

Sujetos a los límites de los beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista que se estipulan en la sección Resumen de beneficios, a los requisitos que se establecen en la sección CONDICIONES DE LA COBERTURA y a las exclusiones o limitaciones que se detallan en la sección Cuidados de la vista que no están cubiertos, el Plan proporcionará beneficios para los siguientes servicios y suministros:

**Examen de la vista.** Un análisis completo e inicial de la vista, el cual incluye un examen preciso de las funciones visuales y, de ser necesario, la receta de lentes correctores. Esto no cubre la tarifa por ajuste de lentes de contacto.

**Lentes.** El Proveedor de cuidado de la vista te recetará los lentes necesarios para asegurar el bienestar de tu vista. El Proveedor de cuidado de la vista verificará que los lentes se hayan elaborado de forma correcta. Los lentes cubiertos incluyen los siguientes lentes de plástico (CR39):

1. lentes unifocales;
2. lentes bifocales;
3. lentes trifocales (FT25-28); o
4. lentes progresivos.

Los beneficios incluyen revestimiento antirrayaduras de fábrica. Los lentes fotocromáticos y de policarbonato recetados para cualquier persona menor de 19 años tienen cobertura total. Los demás revestimientos, materiales y tratamientos no están cubiertos.

Deberás pagar aquellos montos que superen el límite de los beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista.

**Lentes de contacto no optativos.** Los lentes de contacto no optativos se otorgan por motivos que no sean estéticos y tienen un beneficio máximo por Año de beneficios. Los lentes de contacto no optativos se cubren cuando se hayan identificado o diagnosticado las siguientes afecciones:



1. Agudeza visual extrema u otros problemas funcionales que no se pueden corregir con anteojos.
2. Queratocono, una extraña enfermedad ocular en la que la estructura de la córnea adquiere una forma cónica y que por lo general se presenta antes de los 20 años.
3. Ametropía elevada, niveles excepcionalmente altos de miopía o hipermetropía.
4. Anisometropía, cuando los ojos presentan el mismo defecto refractivo, pero con valores muy diferentes.

**Lentes de contacto optativos.** Tienes una asignación por cada Año de beneficios para elegir lentes de contacto estéticos en lugar de cristales para anteojos. Si eliges lentes de contacto que cuestan más que la asignación del Plan, tendrás que pagar la diferencia. Si eliges el beneficio de los lentes de contacto durante el Año de beneficios, no podrás aprovechar el beneficio de los cristales durante el mismo Año de beneficios.

**Marcos.** El Proveedor de cuidado de la vista te ayudará a elegir el marco, los ajustará de forma adecuada y realizará los ajustes que más adelante necesites para mantener la comodidad y el rendimiento de los marcos. Si visitas a un Proveedor de cuidado de la vista de la red y escoges marcos que superan el límite del monto del beneficio que se detalla en la sección Resumen de beneficios: Límites de los beneficios para los servicios relacionados con el cuidado de la vista, el precio se determinará según un acuerdo de descuento.

## Cuidado de la vista que no está cubierto

El Plan no pagará ningún gasto que se genere por las siguientes cuestiones o en relación con ellas. (Los títulos que se utilizan para referirse a estas exclusiones y limitaciones son solo para facilitar la comprensión; no son parte integral de las exclusiones y limitaciones ni modifican su significado).

**Anteojos de seguridad.** Anteojos de seguridad y sus respectivos marcos.

**Anteojos de sol.** Anteojos de sol y sus respectivos marcos.

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

**Contratos privados.** Servicios o suministros brindados conforme a un contrato privado celebrado entre el miembro y un proveedor, en el cual 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 del Seguro Social (Social Security Act).

**Cuidados en el hospital.** Cuidado de la vista en un hospital para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

**Delito o energía nuclear.** Afecciones que son producto de lo siguiente: (1) la perpetración de un delito grave o el intento de cometer un delito grave o (2) toda liberación de energía nuclear, independientemente de que se produzca como consecuencia de una guerra, cuando el gobierno disponga de los fondos para tratar la enfermedad o lesión que se produce como consecuencia de dicha liberación de energía nuclear.

**Enfermedades relacionadas con el trabajo.** Enfermedades 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 no reclames esos beneficios.

**Exámenes o análisis de rutina.** Exámenes o análisis de rutina para el trabajo.

**Lentes sin receta.** Todos los anteojos, lentes o lentes de contacto no recetados. Lentes planos o lentes sin poder de refracción.

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

**Montos excedentes.** Todo monto que supere los Gastos cubiertos de los servicios de la vista.

**Opciones estéticas.** Lentes bifocales/sin línea, lentes extra grandes, lentes multifocales progresivos, lentes fotocromáticos, lentes ahumados (excepto lo que se indica en la cláusula “Lentes” de la sección Cuidado de la vista que está cubierto), lentes con revestimiento (excepto el revestimiento antirrayaduras de fábrica), lentes o procesos estéticos y lentes con protección contra rayos UV.

**Ortótica.** Ortótica o corrección de la vista, y cualquier prueba complementaria relacionada.

**Pago voluntario.** Servicios por los cuales no tengas la obligación legal de pagar. Servicios por los cuales no se te cobra. Servicios que no se cobran en caso de no tener la cobertura del seguro.

**Procedimientos experimentales o de investigación.** Todos los servicios o suministros relacionados con Procedimientos experimentales o de investigación.

**Proveedores de cuidado de la vista no certificados.** Tratamientos o servicios prestados por Proveedores de cuidado de la vista no certificados y tratamientos o servicios para los que el proveedor no necesita estar certificado. Esto incluye tratamientos o servicios prestados por un Proveedor de cuidado de la vista no certificado bajo la supervisión de un médico certificado o un Proveedor de cuidado de la vista certificado, a menos que el Administrador de reclamaciones disponga o acuerde específicamente otra cosa.

**Servicios de parientes.** Suministros o servicios profesionales recibidos por parte de una persona que vive contigo o que tiene un vínculo sanguíneo o marital contigo.

**Servicios sin indicación específica.** Servicios no mencionados específicamente en este Plan como servicios cubiertos.

**Sin seguro.** Servicios que recibes antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura o después de que esta finaliza.

**Tratamiento brindado por el gobierno.** Servicios provistos por agencias del gobierno federal, estatal o local, o por el distrito escolar o el sistema de escuelas públicas, excepto cuando la ley federal o estatal exija expresamente el pago según este Plan. El Plan no cubrirá el pago de dichos servicios si no te corresponde pagarlos o si te los proporcionan de forma gratuita.

## Cláusulas generales

**Prestación de los cuidados.** No tenemos la obligación de prestar ningún tipo de cuidado de la vista y tampoco nos hacemos responsables por la calidad del cuidado que reciba.

**Contratistas independientes.** La relación que existe entre el Administrador de reclamaciones y los proveedores es una relación de contratistas independientes. Los oftalmólogos, optometristas y ópticos autorizados no son agentes del Administrador de reclamaciones, tampoco lo son ellos ni ninguno de sus empleados, un empleado o agente de cualquier proveedor de cuidado de la vista de ningún tipo.

**No regulación de proveedores.** Los beneficios de este Plan no regulan los montos que cobran los proveedores de cuidado de la vista, excepto en la medida en que las tarifas de los servicios cubiertos se regulen mediante los Proveedores de cuidado de la vista de la red.

### Términos de la cobertura

1. Para tener derecho a recibir los beneficios que ofrece el Plan, tanto el Plan como tu cobertura según el Plan deben estar vigentes en la fecha en la que se genera el gasto que ocasiona una reclamación de beneficios.
2. Los beneficios a los que puedes tener 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 el día en el que recibes el servicio o suministro por el cual se cobra un cargo.
3. El Plan está sujeto a enmienda, modificación o finalización de acuerdo con las cláusulas del Plan sin tu consentimiento o conformidad.

**No discriminación.** A ninguna persona que sea elegible se le negará la inscripción por su estado de salud, necesidades de cuidado de la salud, información genética, información médica previa, discapacidad, orientación o identidad sexual, sexo o edad.

**Protección de la cobertura.** No tenemos derecho a cancelar tu cobertura según este Plan mientras: (1) este Plan esté vigente; (2) seas elegible y (3) pagues las contribuciones mensuales obligatorias de acuerdo con los términos del Plan.

**Libre elección de proveedor.** Este Plan no interfiere de ninguna manera en tu derecho a elegir un proveedor de cuidado de la vista como miembro con derecho a recibir beneficios de cuidado de la vista. Puedes elegir cualquier otro Proveedor de cuidado de la vista que brinde cuidados cubiertos según este Plan, y que esté debidamente autorizado conforme a las leyes estatales y locales correspondientes. Sin embargo, tu 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 realices 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.

**Aviso de reclamación y prueba del siniestro.** Tú o el Proveedor de cuidado de la vista deben enviarle al Administrador de reclamaciones una factura detallada dentro de los 90 días posteriores a la fecha en la que recibes el servicio o suministro por el cual se realiza la reclamación. Los servicios recibidos y los cargos por los servicios deben detallarse y describirse de forma correcta y clara. Si resulta imposible 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 se hará responsable de los beneficios del Plan si no presentas las reclamaciones dentro del plazo establecido. El administrador del Plan no se hará responsable de los beneficios si el Administrador de reclamaciones no recibe a tiempo la prueba por escrito de la pérdida. No se aceptan cheques ni recibos cancelados.

**Pago a tiempo de las reclamaciones.** Cualquier beneficio conforme a este Plan se pagará una vez que el Administrador de reclamaciones haya recibido la debida prueba por escrito de la pérdida y toda la información adicional y razonablemente necesaria que el Administrador de reclamaciones necesite para determinar nuestra obligación.

**Pago a los proveedores.** El Plan pagará los beneficios directamente a los Proveedores de cuidado de la vista de la red. Además, el Plan les pagará directamente a los Proveedores de cuidado de la vista que se encuentran fuera de la red cuando tú cedas beneficios por escrito. Estos pagos saldan nuestra obligación contigo por esos servicios cubiertos.

**Derecho de recuperación.** Cada vez que se haga un pago por error, el Administrador de reclamaciones tendrá derecho a hacer los ajustes necesarios a las reclamaciones, recuperar dicho pago de ti 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 la que se realizó el pago por la reclamación presentada por el proveedor. El Administrador de reclamaciones se reserva el derecho a deducir o compensar cualquier suma pagada por error de cualquier reclamación pendiente o futura.

En determinadas circunstancias, si el Administrador de reclamaciones le paga a tu proveedor de cuidado de la salud montos que tú debes pagar (como deducibles, copagos o coseguros), el Administrador de reclamaciones podrá cobrártelos directamente a ti. Aceptas que el Administrador de reclamaciones tiene derecho a cobrarte dichos montos.

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

El Administrador de reclamaciones estableció políticas de recuperación con el fin de determinar qué montos pueden recuperarse, cuándo desembolsar costos y gastos, y si conviene 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 avise de los pagos en exceso hechos por ellos o por ti si el método de recuperación hace que enviar dicho aviso sea una carga administrativa.

**Seguro de compensación para trabajadores.** El Plan no afecta ningún requisito para la cobertura del seguro de compensación para trabajadores ni lo sustituye.

**Responsabilidad de pagar a los proveedores.** Si el Plan no le paga a un proveedor que te brindó beneficios, deberás pagarle a dicho proveedor cualquier monto que el Plan no le pague.

**Cláusulas de renovación.** El Plan está sujeto a renovaciones con cierta frecuencia. De vez en cuando, es posible que se modifiquen las contribuciones mensuales obligatorias u otros términos del Plan.

**Acuerdos financieros con los proveedores.** Según los acuerdos realizados con algunos proveedores de cuidado de la salud (en adelante "Proveedores"), es posible que ciertos descuentos, pagos, reembolsos, acuerdos, incentivos, ajustes y/o asignaciones (incluso, entre otros, reembolsos por servicios de cuidado de la vista) se determinen según el uso de proveedores específicos que brindan determinados servicios de cuidado de la vista a todas las personas que tienen cobertura a través de un programa de la vista provisto o administrado por Anthem Blue Cross Life and Health o un afiliado. No se les atribuyen reclamaciones o planes específicos y no benefician a ningún grupo o persona con cobertura, pero es posible que Anthem Blue Cross Life and Health o un afiliado los tenga en cuenta a la hora de determinar tarifas, cargos de suscripción o primas.

## Definiciones

A continuación se explica la terminología clave que se utiliza en este Folleto del plan. La primera letra de cada uno de los términos clave que figuran más abajo aparecerá en mayúscula. Cuando alguno de estos términos aparezca en mayúscula, debes consultar esta sección.

**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 relacionados con el procesamiento de las reclamaciones del Plan.

**Año de beneficios** es un periodo de 12 meses que determina la aplicación de tus beneficios, como la acumulación de beneficios para satisfacer el deducible anual y para las limitaciones o los montos máximos anuales de los beneficios. Tu Año de beneficios comienza el primer día del mes en el que empieza tu Periodo de cobertura.

**Año del plan** se refiere a la fecha de inicio y de finalización del UC SHIP que se usa a efectos del registro de datos, administración financiera y contrato del Plan.

**Cónyuge** se refiere a quien cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan para cónyuges según se indica en la sección Cómo comienza y termina la cobertura.

**Dependiente** se refiere a quien cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan para dependientes según se indica en la sección Cómo comienza y termina la cobertura.

**El asegurado** se refiere al Estudiante o al Dependiente asegurado.

**Estudiante asegurado (Estudiante)** se refiere a la principal persona asegurada; es decir, aquella que está autorizada para inscribirse en este Plan y para inscribir a los dependientes elegibles.

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

**Folleto del plan** es donde se presenta la descripción por escrito de los beneficios que ofrece el Plan.

**Gastos cubiertos de los servicios de la vista** son los gastos que realizaste por un servicio o suministro cubierto, pero que no superan las sumas máximas que se describen en la sección Tus beneficios relacionados con el cuidado de la vista: Cómo se determinan los Gastos cubiertos de los servicios de la vista. Un gasto se genera el día en el que recibes el servicio o suministro.

**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.

**Hijo** se refiere a quien cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan según se indica en la sección Cómo comienza y termina la cobertura.

**Nosotros (nos, nuestro/s y nuestra/s)** se refiere al administrador del Plan.

**Pareja doméstica** se refiere a quien cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan para parejas domésticas según se indica en la sección Cómo comienza y termina la cobertura: Inicio de la cobertura.

**Periodo de cobertura** es el periodo durante el cual un estudiante y sus dependientes son elegibles para recibir los beneficios de este Plan.

**Plan anterior** se refiere a un plan patrocinado por el administrador del Plan que se reemplazó por este Plan dentro de los 60 días después de que terminó. Se considera que estás cubierto por el Plan anterior si: (1) estabas cubierto por el Plan anterior el día en el que este finalizó, (2) estás 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.

**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 corregido para que el Grupo se lo entregue a todos los Estudiantes asegurados que puedan verse afectados por la modificación.

**Precio negociado** es el importe que los Proveedores de cuidado de la vista de la red aceptan como pago total por los servicios cubiertos. Por lo general, el precio negociado es menor que el cargo normal. Los precios negociados se determinan a través de acuerdos de Organización de Proveedores Preferidos Participantes del Plan.

**Procedimientos experimentales** se refiere a aquellos procedimientos que se realizan principalmente durante investigaciones en laboratorio y/o con animales.

**Procedimientos o medicamentos de investigación** se refiere a aquellos procedimientos o medicamentos que se utilizan de manera limitada en seres humanos, pero cuya eficacia no es ampliamente reconocida por la comunidad médica organizada.

**Proveedor de cuidado de la vista de la red** se refiere al proveedor que tiene vigente un acuerdo de Organización de Proveedores Preferidos Participantes del Plan con el Administrador de reclamaciones en el momento en el que se prestan los servicios. Los Proveedores de cuidado de la vista de la red aceptan el Precio negociado como pago por los servicios cubiertos.

**Proveedor de cuidado de la vista que se encuentra fuera de la red** se refiere al proveedor que no tiene un acuerdo de proveedor preferido con el Administrador de reclamaciones en el momento en el que se prestan los servicios.

**Proveedor de cuidado de la vista** se refiere a los oftalmólogos, optometristas y ópticos autorizados que pueden brindar servicios relacionados con el cuidado de la vista, que prestan los servicios que permite la licencia y ofrecen servicios para los que se especifican beneficios en este Folleto del plan.

**Tú (tu/s)** se refiere al Estudiante asegurado y a los dependientes que pueden recibir beneficios por estar inscritos en el Plan.

# Obtén ayuda en tu idioma

¿Sientes curiosidad por saber qué dice todo esto? Nosotros también nos sentiríamos así. Esta es la versión en inglés:

You have the right to get this information and help in your language for free. Call the Member Services number on your ID card for help. (TTY/TDD: 711)

Además del programa de asistencia de idiomas del administrador de reclamaciones, se encuentran a tu disposición documentos en formatos alternativos para miembros con problemas de la vista. Si necesitas una copia de este documento en un formato alternativo, llama a Servicios para Miembros al número que figura en el dorso de tu tarjeta de identificación.

## 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 ntwm 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 និងទទួលបានជំនួយជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខសេវាសមាជិកដែលមានលេខប៊ូតុង 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 te brindemos un trato justo**

Es por eso que nuestros programas y actividades de salud cumplen con las leyes federales sobre derechos civiles. No discriminamos, excluimos ni damos un trato diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Ofrecemos asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades. Ofrecemos servicios de asistencia de idiomas gratuitos mediante intérpretes y otros idiomas por escrito a aquellas personas cuyo idioma principal no es el inglés. ¿Te interesan estos servicios? Llama al número de Servicios para Miembros que aparece en tu tarjeta de identificación para recibir ayuda (TTY/TDD: 711). Si crees que no brindamos estos servicios o que discriminamos a alguien por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puedes presentar un reclamo, también conocido como queja. Puedes presentar un reclamo ante nuestro coordinador de cumplimiento por escrito a la siguiente dirección: Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279 o por correo electrónico a [compliance.coordinator@anthem.com](mailto:compliance.coordinator@anthem.com). También tienes la opción de presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a la siguiente dirección: 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201, o de realizarlo por teléfono, llamando al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697), o en línea, desde <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios para reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

**AHORROS OPCIONALES DISPONIBLES EXCLUSIVAMENTE CON LOS PROVEEDORES DE BLUE VIEW VISION INSIGHT**

**Costo para miembros dentro de la red (después del copago correspondiente)**

<b>Estudios por imágenes de retina:</b> si el miembro lo desea, se pueden realizar en el momento del examen		No más de \$39
<b>Mejoras para cristales</b> Al momento de adquirir artículos para la vista de un proveedor de Blue View Vision Insight, puedes optar por mejorar tus nuevos anteojos a un precio con descuento. Se aplica un copago para los cristales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lentes (adultos) \$75</li> <li>○ Policarbonato estándar (adultos) \$40</li> <li>○ Ahumados (parejo y gradual) \$15</li> <li>○ Protección contra rayos UV \$15</li> <li>○ Lentes progresivos<sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estándar \$65</li> <li>○ Premium nivel 1 \$85</li> <li>○ Premium nivel 2 \$95</li> <li>○ Premium nivel 3 \$110</li> </ul> </li> <li>○ Revestimiento antirreflectante<sup>2</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estándar \$45</li> <li>○ Premium nivel 1 \$57</li> <li>○ Premium nivel 2 \$68</li> </ul> </li> <li>○ Otros accesorios</li> </ul>	20 % de descuento del precio de venta minorista
<b>Anteojos adicionales</b> En todo momento y por parte de cualquier proveedor de la red de Blue View Vision Insight.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Par completo</li> <li>○ Los materiales de los anteojos que se compran por separado</li> </ul>	40 % de descuento del precio de venta minorista 20 % de descuento del precio de venta minorista
<b>Accesorios para los anteojos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Productos tales como anteojos de sol sin receta, artículos de limpieza para lentes, soluciones para lentes de contacto, estuches para anteojos, etc.</li> </ul>	20 % de descuento del precio de venta minorista
<b>Ajuste de lentes de contacto y seguimiento</b> Está disponible un ajuste de lentes de contacto y dos visitas de seguimiento una vez que te hayas realizado un examen integral de la vista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ajuste de lentes de contacto estándar<sup>3</sup></li> <li>○ Ajuste premium de lentes de contacto<sup>4</sup></li> </ul>	Hasta \$55 10 % de descuento del precio de venta minorista
<b>Lentes de contacto convencionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El descuento se aplica solo a los materiales</li> </ul>	15 % de descuento del precio de venta minorista

Pídele una recomendación e información a tu proveedor sobre las marcas disponibles de lentes progresivos por nivel. <sup>2</sup> Pídele una recomendación e información a tu proveedor sobre las marcas de revestimiento disponibles por nivel.

<sup>3</sup> El ajuste estándar incluye lentes transparentes y esféricos de uso convencional y de reemplazo programado. Los ejemplos incluyen, entre otros, lentes descartables y de reemplazo frecuente. <sup>4</sup> El ajuste premium incluye todos los diseños, materiales y ajustes especiales que no se incluyen en los lentes de contacto estándar. Los ejemplos incluyen, entre otros, lentes tóricos y multifocales.

Los descuentos están sujetos a cambio sin previo aviso. Los descuentos no son “beneficios cubiertos” por tu plan de la vista y no se detallarán en tu certificado de cobertura. Los proveedores dentro de la red ofrecerán descuentos excepto cuando las leyes estatales prohíban aplicar descuentos a los productos y servicios que no son beneficios cubiertos por el plan. No se aplicarán descuentos para marcos si el fabricante impone una política de no aplicación de descuentos sobre ventas en sitios de venta minorista o tiendas de proveedores independientes. Algunos de los proveedores de nuestra red son los siguientes:



**AHORROS ADICIONALES DISPONIBLES A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE OFERTAS ESPECIALES DE ANTHEM\***

A través de diversos proveedores, puedes ahorrar en otros productos, como artículos para la vista después de haber usado tus beneficios, anteojos de sol sin receta, audífonos e incluso cirugía de corrección visual con láser LASIK. Tan solo **inicia sesión en anthem.com/ca**, selecciona Discounts (Descuentos) y luego Vision, Hearing & Dental (Servicios de la vista, de la audición y dentales).

\* Los descuentos no se pueden utilizar junto con tus beneficios cubiertos.

## FUERA DE LA RED

*Si decides solicitar servicios cubiertos por parte de un proveedor que se encuentra fuera de la red o decides comprarle artículos para los ojos con cobertura, no se aplican los descuentos de la red y deberás pagar los servicios y/o los artículos para la visión cuando te prestan dichos servicios. Completa un formulario de reclamaciones fuera de la red y envíalo junto con el recibo detallado al número de fax, la dirección de correo electrónico o la dirección postal que se encuentran a continuación. Para descargar el formulario de reclamaciones, inicia sesión en **anthem.com/ca** o, desde el menú de la página de inicio que se encuentra debajo de Support (Asistencia), selecciona Forms (Formularios), haz clic en Change State para elegir tu estado y luego deslízate hacia abajo hasta encontrar la opción Claims (Reclamaciones) y por último selecciona el Blue View Vision Out-of- Network Claim Form (Formulario de reclamaciones fuera de la red de Blue View Vision). También puedes llamar a Servicios para Miembros al **1-866-940-8306** para pedir un formulario de reclamaciones.*

**Número de fax:** 866-293-373  
**Correo electrónico:** oonclaims@eyewearspecialoffers.com  
**Dirección postal:** Blue View Vision  
Attn: OON Claims  
P.O. Box 8504  
Mason, OH  
45040-7111