

Folleto de beneficios

(Denominado “Folleto” en las páginas siguientes)

Plan Blue View Vision

University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP)



Estimado/a miembro del plan:

Este Folleto del plan proporciona una explicación detallada de sus beneficios, limitaciones y otras cláusulas del Plan que se aplican en su caso.

En este Folleto, se hace referencia a los estudiantes y dependientes cubiertos (“miembros”) como “usted” y “su”. Se hace referencia al Administrador del Plan como “nosotros”, “nos” y “nuestro(s)”.

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

Lea atentamente este Folleto del plan para poder entender todos los beneficios que ofrece su Plan. Mantenga este Folleto del plan a mano en caso de que tenga preguntas sobre su cobertura.

Importante: Este no es un Plan de beneficios asegurados. Los beneficios que se describen en este Folleto del plan y toda enmienda que se le haga están financiados por la Universidad. Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company presta todos los servicios administrativos en relación con el procesamiento de las reclamaciones en virtud del Plan y tiene criterio y autoridad completa y final para determinar si los miembros tienen derecho a los beneficios, y en qué medida, en virtud del Plan. Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company no asume riesgos u obligaciones financieras en relación con el financiamiento de los beneficios.

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

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

Sitio web del UC SHIP: myucship.org

Aviso de queja

Todas las quejas y disputas relacionadas con la cobertura provista por este Plan se deben resolver de acuerdo con los procedimientos de reclamos del Plan. Los reclamos se pueden presentar por teléfono al 1-866-940-8306 o por escrito (escribe a Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, 21215 Burbank Boulevard, Woodland Hills, CA 91367 a la atención del Departamento de Servicios para Miembros). Si lo desea, el Administrador de quejas le entregará un Formulario de queja que podrá utilizar para explicar el asunto.

Se ofrecerá confirmación de recepción de todos los reclamos recibidos por el Plan por escrito, junto con una descripción de cómo propone el Administrador de reclamaciones resolver el reclamo.

Los reclamos que estén relacionados con la elegibilidad de cobertura del Plan se deben presentar en la oficina de Servicios de Consejería y Salud para Estudiantes del campus por escrito, dentro de los 60 días luego de recibir el aviso que indique que no es elegible para la cobertura. Debe incluir toda la información y documentación sobre la que se basa su reclamo. Servicios de Consejería y Salud para Estudiantes le notificará por escrito sobre la decisión sobre su elegibilidad. Si Servicios de Consejería y Salud para Estudiantes confirma la decisión de que es no elegible, podrá solicitar por escrito que la oficina del University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP) revise esa decisión. Debe enviar su solicitud de revisión dentro de los 60 días luego de recibir el aviso de inelegibilidad por parte de Servicios de Consejería y Salud para Estudiantes, y debe incluir toda la información y documentación relevante para su reclamo. Debe enviar su solicitud de revisión a: University of California Student Health Insurance Plan, Risk Services, 1111 Franklin Street, 10th Floor, Oakland, CA 94607. La decisión del director del UC SHIP será final.

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

Sitio web del UC SHIP: myucship.org

Reclamaciones administradas por:

ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY

Índice

Cómo comienza y termina la cobertura	6
Cómo comienza la cobertura.....	6
Cómo finaliza la cobertura.....	9
Tipos de proveedores	10
Resumen de Beneficios	10
Información general	11
Sus beneficios de cuidado de visión.....	12
Cómo se determina el gasto cubierto para el cuidado de visión.....	12
Copagos y montos máximos de beneficios de cuidado de visión.....	12
Cómo utilizar sus beneficios de cuidado de visión.....	12
Condiciones de la cobertura.....	12
Cuidado de visión que está cubierto	13
Cuidado de visión que no está cubierto	14
Cláusulas generales.....	16
Definiciones.....	18
Obtenga ayuda en su idioma	20

Cómo comienza y termina la cobertura

Cómo comienza la cobertura

Estado de elegibilidad

Estudiantes asegurados

1. Los siguientes tipos de estudiantes se inscriben automáticamente como estudiantes asegurados:
 - a. Todos los estudiantes registrados, incluidos los estudiantes nacionales e internacionales de los siguientes campus de la Universidad de California:
 - i. Davis
 - ii. UC College of the Law San Francisco
 - iii. Irvine
 - iv. Los Ángeles
 - v. Merced
 - vi. Riverside
 - vii. San Diego
 - viii. San Francisco
 - ix. Santa Bárbara
 - x. Santa Cruz
 - b. Todos los estudiantes graduados de los campus de la Universidad de California enumerados en 1(a) que están registrados *in absentia*.
 - c. Las personas de los campus de San Francisco de la Universidad de California, inscritas en el “Plan Scholars and Researchers Health”, que abarca a estudiantes no registrados, pero son estudiantes becados y/o investigadores que participan en un programa académico aprobado o reconocido por el campus. Cada inscrito debe presentar una prueba de la aprobación oficial de un representante del campus del programa.

Nota: Un estudiante puede renunciar a la inscripción en UC SHIP durante el periodo de renuncia especificado por su campus, al brindar la prueba de otra cobertura médica que cumpla con los criterios de beneficios médicos especificados por la Universidad. Una renuncia está vigente durante un año académico y se debe realizar nuevamente en el periodo de exención al inicio del trimestre o semestre de cada otoño del año académico. También están disponibles las solicitudes de renuncia para cada periodo académico dentro de un año (trimestre o semestre de invierno o primavera). Se puede obtener más información sobre la renuncia de inscripción a UC SHIP a través de la oficina de seguros de salud en el campus del estudiante.

2. Los siguientes tipos de individuos podrán inscribirse voluntariamente como estudiantes asegurados:
 - a. Todos los estudiantes no registrados con estado de “Cargo de presentación” de los campus de la Universidad de California en Davis, Irvine, Los Ángeles, Merced, Riverside, San Diego, San Francisco, Santa Bárbara y Santa Cruz que realicen trabajos bajo el auspicio de la Universidad de California, según lo determine el campus, pero que no asistan a clases. Los estudiantes con estado de “Cargo de presentación” podrán adquirir cobertura del Plan por un máximo de un semestre o un trimestre. Estos estudiantes se pueden inscribir al comunicarse con Academic Health Plans al 1-855-427-3206.
 - b. Todos los estudiantes graduados y no graduados no registrados de Davis, Merced y Santa Cruz; los estudiantes graduados de Los Ángeles y Santa Bárbara y los estudiantes no graduados de Riverside que se encuentren en una Licencia Educativa Planificada (PELP); los estudiantes graduados de Los Ángeles, Riverside, San Diego, San Francisco y Santa Bárbara, los estudiantes graduados y no graduados de Irvine y Santa Cruz que se encuentren en una Licencia (LOA) aprobada. Estos estudiantes podrán adquirir cobertura del Plan por un máximo de un semestre o dos trimestres y pueden inscribirse al comunicarse con Academic Health Plans al 1-855-427-3206.
 - c. Los exestudiantes de los campus de la Universidad de California que hayan obtenido su diploma (graduados) durante el periodo que precede inmediatamente al periodo por el cual quieren adquirir la cobertura. Estos individuos pueden adquirir el UC SHIP por un máximo de un semestre o un trimestre. Para inscribirse, deben comunicarse con Academic Health Plans (AHP) al 1-855-427-3206. El estudiante tiene que haber estado 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 descritos anteriormente en el punto 2 pueden adquirir el UC SHIP solo si también cumplen con los siguientes criterios:

- a. Estaban inscritos en el UC SHIP durante el periodo académico inmediatamente anterior o
- b. Muestran una prueba de la pérdida involuntaria de su otra cobertura en el plazo de los 30 días anteriores.

Dependientes elegibles

1. Los siguientes tipos de dependientes de estudiantes asegurados podrán inscribirse voluntariamente en el Plan:
 - a. Cónyuge: Cónyuge legal del Estudiante asegurado.
 - b. Pareja doméstica: La persona designada como Pareja doméstica del Estudiante asegurado mediante uno de los siguientes métodos: (i) el registro de la pareja en el Estado de California; (ii) el establecimiento de una unión legal entre personas del mismo sexo, que no sea el casamiento, realizado 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 a la Universidad. La Pareja doméstica de sexo opuesto del Estudiante asegurado podrá acceder a la cobertura solo si uno de ellos o ambos tienen 62 años, o más, y son elegibles para recibir beneficios del Seguro Social según la edad.
 - c. Hijo: El o los hijos del Estudiante asegurado según las siguientes condiciones:
 - Hijo biológico menor de 26 años.
 - Hijastro: un hijastro menor de 26 años es un Dependiente a partir de la fecha en la que el Estudiante asegurado se casa con la madre/padre del Hijo.
 - Hijo adoptivo menor de 26 años, incluido un niño colocado con el Estudiante asegurado, o con su Cónyuge o Pareja doméstica, a los efectos de la adopción, a partir del momento de la colocación según lo certifique la agencia que la lleva a cabo.
 - Hijo de la Pareja doméstica del Estudiante asegurado: Un Hijo de la Pareja doméstica del Estudiante asegurado menor de 26 años es un Dependiente a partir de la Fecha de entrada en vigencia de la pareja doméstica.
 - Menor bajo tutela temporal: Un Menor bajo tutela temporal menor de 18 años es un Dependiente desde el momento en que se pone bajo la tutela del Estudiante asegurado, acorde a la certificación de la agencia que lleve a cabo la colocación. En algunos casos, el límite de edad del menor bajo tutela temporal se podrá extender de acuerdo con la cláusula para dependientes que no sean menores, según su definición en la sección 11400(v) del Código de Instituciones y Bienestar de California.
 - Un Hijo para el cual el Estudiante asegurado debe proveerle legalmente un seguro médico conforme a una orden judicial o administrativa, siempre y cuando el Hijo cumpla con los requisitos de elegibilidad del UC SHIP.
 - Hijo adulto dependiente: un Hijo de 26 años de edad o más y que: (i) estuvo cubierto por el Plan anterior o cuenta con seis meses o más de cobertura acreditable, (ii) depende principalmente del Estudiante, Cónyuge o Pareja doméstica para su apoyo y manutención, y (iii) es incapaz de trabajar para mantenerse debido a una condición física o mental. Un Médico debe certificar por escrito que el Hijo es incapaz de trabajar para mantenerse debido a una condición física o mental. La Universidad puede solicitar pruebas de estas condiciones para 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 condición física o mental todavía existe. Esta excepción será válida hasta que el hijo ya no dependa principalmente del Estudiante, el Cónyuge o la Pareja doméstica para su apoyo y manutención debido a una condición física o mental que continúa. Se considera que un Hijo depende principalmente de alguien para recibir apoyo y manutención si reúne los requisitos para ser clasificado como Dependiente a los fines del impuesto federal sobre la renta.

NOTA: Si ambos padres, o ambos miembros de la Pareja doméstica, son estudiantes y están cubiertos como Estudiantes asegurados, sus hijos podrán estar cubiertos como dependientes de uno de ellos, pero no de ambos.

2. Se les solicita a los estudiantes que presenten pruebas del estado de sus Dependientes cuando los inscriban 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 distinto del casamiento establecido 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 una de las personas nombradas en el certificado de nacimiento está casada con el estudiante.
 - e. Para un Hijo biológico de la Pareja doméstica, un certificado de nacimiento que muestre que la Pareja doméstica es el padre o la madre del niño.
 - f. Para un Hijo adoptivo o menor bajo tutela temporal, la documentación de la agencia que llevó a cabo la colocación que indique que el estudiante o la Pareja doméstica tiene el derecho legal de administrar el cuidado médico del niño.
 - g. Para un Hijo que esté cubierto acorde a una orden judicial, una copia del documento de la corte.

Para obtener cobertura de hijos, es posible que el Plan le solicite que le brinde a Academic Health Plans una copia de cualquier documento legal en el que se le concede la tutela de dicho hijo o hijos. Esto se debe brindar en inglés o traducido al inglés.

Periodos de cobertura

Las fechas de cobertura varían según el campus y el programa en el que esté inscrito el estudiante. Comuníquese con Servicios de Consejería y Salud para Estudiantes para obtener información acerca de los periodos de cobertura.

Inscripción

Los estudiantes registrados no necesitan enviar sus solicitudes por escrito. La Universidad de California llevará el registro de todos los estudiantes registrados en cada semestre/trimestre académico y, excepto aquellos estudiantes que proporcionen una prueba de que tienen otra cobertura médica que cumple los criterios establecidos por la Universidad, los afiliará para la cobertura en virtud de este Plan para cada semestre/trimestre académico para el que se registren. Consulte el sitio web de su campus para conocer los periodos de cobertura.

Los estudiantes que involuntariamente pierdan su otra cobertura médica durante el Periodo de cobertura deben notificarle a Servicios de Consejería y Salud para Estudiantes mediante una carta oficial escrita sobre la finalización de la cobertura con la compañía de seguros médicos anterior. Los estudiantes se inscribirán en el Plan a partir de la fecha en que perdieron involuntariamente su otra cobertura si notifican a Servicios de Consejería y Salud para Estudiantes en el plazo de 31 días posteriores a la pérdida de la cobertura. Si el estudiante no notifica a Servicios de Consejería y Salud para Estudiantes dentro de los 31 días posteriores, la cobertura será vigente el día que el estudiante pague la prima por completo. La prima no se prorratea para las inscripciones que se realicen después del inicio del Periodo de cobertura.

Los estudiantes no registrados que se inscriban en forma voluntaria, y los dependientes de los estudiantes deben presentar una solicitud de inscripción para cada 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 estándar del Pacífico, para obtener información sobre la inscripción**. Las solicitudes de inscripción se recibirán dentro de las fechas del periodo de inscripción para el periodo de cobertura, que varía según el Periodo de cobertura. La inscripción no se continuará al 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 eventos:

1. Para el Cónyuge, la fecha de emisión del certificado de matrimonio.
2. Para la Pareja doméstica, la fecha en la que se establece la Declaración de Pareja doméstica registrada por el estado de California, o unión legal entre personas del mismo sexo distinta del casamiento establecida en otra jurisdicción, o la fecha en la que Servicios de Consejería y Salud para Estudiantes recibe el formulario completo de Declaración de Pareja doméstica emitido por la Universidad.
3. Para un Hijo biológico, la fecha de nacimiento.

4. Para un Hijo adoptivo o menor bajo tutela temporal, la fecha de colocación con el estudiante o la Pareja doméstica.
5. Para cualquier Dependiente, la fecha de pérdida de la otra cobertura. Se debe brindar una carta de finalización oficial del asegurador en el momento de inscripción al UC SHIP.

Los estudiantes no registrados y los dependientes se pueden inscribir llamando a Academic Health Plans al 1-855-427-3206 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. hora estándar del Pacífico.

Cómo finaliza 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 el tipo de estudiantes de un Estudiante asegurado, la cobertura del estudiante finaliza en la Fecha de entrada en vigencia 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 es expulsado de la Universidad, la política del campus determinará si la cobertura continuará o no después de la fecha de retiro o expulsión. Póngase en contacto con Servicios de Consejería y Salud para Estudiantes para obtener más información.
5. La inscripción en el Plan puede terminar por las razones enumeradas a continuación. Al estudiante se le debe notificar la terminación por escrito. La terminación entrará en vigencia en un plazo no inferior a 30 días a partir de la fecha de la notificación escrita:
 - a. Respecto a la elegibilidad para el UC SHIP, proporciona conscientemente información esencial que es falsa o que malinterpreta la información de cualquier documento o no notifica al administrador del Plan de cambios en su estado o el de sus dependientes.
 - b. Permite conscientemente que otra persona que no sea usted o sus dependientes utilice su tarjeta de identificación del plan para obtener servicios.
 - c. Obtiene o intenta obtener conscientemente servicios conforme al Plan mediante actos u omisiones falsas, que sustancialmente pudieran inducir a un error o información fraudulenta.

Importante: Si un matrimonio o una pareja doméstica termina, o si un Hijo cubierto pierde su estado de hijo dependiente, el estudiante debe entregar o enviar una notificación escrita a Academic Health Plans de la terminación y la pérdida del estado de elegibilidad. La cobertura para un excónyuge o ex Pareja doméstica y sus hijos dependientes, si los tuviera, termina según lo estipulado en la cláusula "Estado de elegibilidad". Si el Plan sufre una pérdida porque el estudiante no notifica a Servicios de Seguros de AHP la terminación de su matrimonio o pareja doméstica, o la pérdida del estado de dependiente de un Hijo, podemos solicitar la recuperación de las primas por parte del estudiante de cualquier periodo de cobertura no elegible que resulte de ello. No enviar una notificación escrita a Academic Health Plans no demorará ni evitará la terminación de la cobertura del Cónyuge, la Pareja doméstica o el Hijo. Si el estudiante notifica a Academic Health Plans por escrito que debe cancelar la cobertura de un excónyuge, ex Pareja doméstica o de un Hijo, si hubiera, inmediatamente después de que termina el matrimonio, la pareja doméstica o de que el niño pierde el estado de hijo dependiente, el aviso se considerará conforme a los requerimientos de esta cláusula.

Comuníquese con Academic Health Plans al 1-855-427-3206 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. hora estándar del Pacífico.

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 de Dependiente, lo que ocurra primero.

La inscripción en el Plan no puede terminar por motivos de sexo, raza, color, religión, orientación sexual, linaje, nacionalidad, discapacidad física o enfermedad.

Tipos de proveedores

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

Proveedores de cuidado de visión de la red. Anthem Blue Cross Life and Health ha contratado a varios Proveedores de cuidado de visión, incluidas clínicas de la visión en algunos campus, para proporcionar una red de “Proveedores de cuidado de visión de la red”. Estos proveedores se denominan “de la red” porque han acordado participar en nuestro programa de proveedores de la red, cuyo nombre es Blue View Vision Insight. Los proveedores han acordado prestar cuidado de visión a los asegurados por un cargo negociado. El monto de los beneficios pagaderos en virtud de este Plan para Proveedores de cuidado de visión fuera de la red será diferente, y podrá ser menor que, el monto pagadero para los Proveedores de cuidado de visión de la red.

Para encontrar un proveedor de cuidado de visión participante de Blue View Vision Insight, puede llamar a Servicios para Miembros al 866-940-8306 o también puede buscar un Proveedor de cuidado de visión de la red usando la función “Provider Finder” (Buscador de proveedores) de nuestro sitio web en myucship.org.

Proveedores de cuidado de visión fuera de la red. Los Proveedores de cuidado de visión fuera de la red son proveedores que no acordaron participar en nuestra red. No han aceptado las tarifas negociadas ni otras cláusulas. Usted deberá pagar los montos que cobren y superen el Máximo de beneficios de cuidado de visión.

Resumen de Beneficios

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

En este resumen, encontrará una breve descripción de sus beneficios. Consulte todo el Folleto del plan para obtener información completa sobre los beneficios, condiciones, limitaciones y exclusiones de su Plan.

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red	Frecuencia
Examen de la vista de rutina Un examen de la vista completo	Copago de \$10	Hasta \$49 de reembolso	Una vez por Año de beneficios
Marcos de anteojos Un par de marcos de anteojos	Asignación de \$120 y luego un descuento del 20% en el saldo restante	Hasta \$50 de reembolso	Una vez por Año de beneficios
Lentes para anteojos (en lugar de lentes de contacto) Un par de lentes recetadas estándar de plástico:			
• Lentes unifocales	Copago de \$25	Hasta \$35 de reembolso	Una vez por Año de beneficios
• Lentes bifocales	Copago de \$25	Hasta \$49 de reembolso	Una vez por Año de beneficios
• Lentes trifocales	Copago de \$25	Hasta \$74 de reembolso	Una vez por Año de beneficios
Mejoras de lentes para anteojos Por el hecho de obtener anteojos cubiertos de un proveedor de Blue View Vision Insight, puede añadir (sin ningún costo adicional) cualquiera de las siguientes mejoras de lentes:			
• Lentes de transición (para un hijo menor de 19 años)	Sin copago	No cubierto	Una vez por Año de beneficios
• Policarbonato estándar (para un hijo menor de 19 años)	Sin copago	No cubierto	Una vez por Año de beneficios
• Revestimiento antirrayaduras de fábrica	Sin copago	No cubierto	Una vez por Año de beneficios

Lentes de contacto (en lugar de cristales de anteojos)			
La asignación para lentes de contacto solamente se aplicará a la primera compra de lentes de contacto que realice 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"> Convencionales optativas (no desechables) 	Asignación de \$120 y luego un descuento del 15% en el saldo restante	Hasta \$92 de reembolso	Una vez por Año de beneficios
<ul style="list-style-type: none"> Descartables optativas 	Asignación de \$120 (sin descuentos adicionales)	Hasta \$92 de reembolso	Una vez por Año de beneficios
<ul style="list-style-type: none"> No optativas (médicamente necesario) 	Sin Copago ni Coseguro	Hasta \$250 de reembolso	Una vez por Año de beneficios
Ajuste de lentes de contacto y seguimiento			
Está disponible un ajuste de lentes de contacto y dos visitas de seguimiento una vez que haya completado un examen de la vista integral.			
<ul style="list-style-type: none"> Ajuste de lentes de contacto estándar¹ Ajuste de lentes de contacto premium² 	\$0 de copago 10% de descuento sobre el precio minorista, luego corresponde una asignación de \$40	Asignación de hasta \$35 Asignación de hasta \$35	Una vez por Año de beneficios

¹ El ajuste estándar incluye lentes de contacto transparentes esféricos de uso convencional y de reemplazo programado. Los ejemplos incluyen, entre otros, lentes descartables y de reemplazo frecuente.

² 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 tóricas y multifocales.

Nota: Además de los copagos antes mencionados, deberá pagar los montos que superen los montos máximos de beneficios de cuidado de visión por los servicios de cuidado de visión. Pero, cuando visite a un Proveedor de cuidado de visión de la red, el costo de los servicios de cuidado de visión y de suministros que superen el monto máximo de beneficio tendrá un precio con descuento.

Copagos de Proveedores de cuidado de visión fuera de la red. No se requerirá un copago para los servicios y suministros prestados por un Proveedor de cuidado de visión fuera de la red, pero deberá pagar cualquier cargo facturado que supere el monto máximo de beneficios de cuidado de visión.

Información general

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

Sus beneficios de cuidado de visión

Cómo se determina el gasto cubierto para el cuidado de visión

El Gasto cubierto para el cuidado de visión se basa en el cargo máximo para cada servicio o materiales cubiertos que acepte el Plan. No es necesariamente el monto que factura el Proveedor de cuidado de visión por el servicio. El gasto debe realizarse en la fecha en la que recibe el servicio o material por el cual se cobra el cargo.

Proveedores de cuidado de visión de la red. El gasto máximo cubierto para el cuidado de visión para los servicios prestados por un Proveedor de cuidado de visión de la red será la suma menor entre el cargo facturado o la Tarifa negociada. Los Proveedores de cuidado de visión de la red han acordado no cobrarle más que la Tarifa negociada para los servicios cubiertos.

Si elige marcos o lentes que cuesten más que el Máximo de beneficio de cuidado de visión, deberá pagar el excedente con un precio con descuento. Si elige opciones para la vista que no estén cubiertas en virtud de este Plan, recibirá un precio con descuento.

Proveedores de cuidado de visión fuera de la red. El gasto máximo cubierto para el cuidado de visión para los servicios prestados por un Proveedor de cuidado de visión fuera de la red siempre será la suma menor entre el cargo facturado o el límite Máximo de beneficio de cuidado de visión que se muestra en el Resumen de Beneficios. Usted deberá pagar los montos facturados que superen el límite Máximo de beneficio de cuidado de visión.

Siempre deberá pagar los gastos que realice que no estén cubiertos en virtud de este Plan.

Copagos y montos máximos de beneficios de cuidado de visión

Luego de restar el copago, pagaremos los beneficios hasta alcanzar el monto del Gasto cubierto para cuidado de visión, sin exceder el monto máximo de beneficios de cuidado de visión correspondiente. Los copagos y los montos máximos de beneficios de cuidado de visión se establecen en la sección Resumen de Beneficios.

Cómo utilizar sus beneficios de cuidado de visión

Cuando visite a un Proveedor de cuidado de visión de la red. Para identificarse como una persona asegurada con beneficios cubiertos de cuidado de visión, recibirá una tarjeta de identificación electrónica. Debe presentar esta tarjeta a los Proveedores de cuidado de visión de la red (que incluyen la clínica de cuidado de visión dentro del campus) cuando asista a su cita. Un Proveedor de cuidado de visión de la red solo le cobrará el copago y los cargos que superen el monto máximo de beneficios de cuidado de visión. Cuando un Proveedor de cuidado de visión de la red emite una factura por servicios cubiertos, el Plan los pagará directamente.

Cuando visita a un Proveedor de cuidado de visión fuera de la red. Si visita a un Proveedor de cuidado de visión fuera de la red para que le preste servicios, deberá pagar el costo total del examen de la vista y/o los lentes que compre. Debe hacer copias de las facturas y recibos para su propio registro. Y envíe el recibo con las facturas originales adjuntas, junto con su número de identificación, a la siguiente dirección:

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

Debe enviar el recibo del Proveedor de cuidado de visión con su número de identificación en el plazo de 90 días a partir de la fecha del examen y/o compra. Si no es razonablemente posible presentar la reclamación dentro de ese plazo, se otorgará una extensión de hasta 12 meses.

Condiciones de la cobertura

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

1. Debe realizar el gasto mientras está cubierto por este Plan. El gasto debe realizarse en la fecha en la que recibe el servicio o material por el cual se cobra el cargo.
2. El gasto debe ser por atención de rutina de la vista, y no por cirugía ni por cuidado médico.

3. El gasto debe ser por un servicio de la visión o materiales para la vista que se detallan en la sección Cuidado de visión que está cubierto. Los límites adicionales para el Gasto cubierto para el cuidado de la vista se detallan en los beneficios específicos y en la sección Resumen de Beneficios.
4. El gasto no debe ser por un servicio de la visión ni por materiales para la vista que se especifican en la sección Cuidado de visión que no está cubierto. Si el servicio o los materiales están excluidos parcialmente, entonces, solo aquella parte que no está excluida se considerará un Gasto cubierto para el cuidado de la vista.
5. El gasto no debe exceder los beneficios máximos ni ninguna limitación de este Plan.
6. Todos los servicios y materiales deben ser solicitados por un oftalmólogo, optometrista u óptico autorizado para recetar certificado.

Cuidado de visión que está cubierto

Sujeto a los montos máximos de beneficios de cuidado de visión dentro del Resumen de Beneficios, los requisitos establecidos en las Condiciones de la cobertura y las exclusiones o limitaciones enumeradas en la sección Cuidado de visión que no está cubierto, el Plan proporcionará beneficios para los siguiente servicios y materiales.

Lentes de contacto optativas. Tiene una asignación por Año de beneficios para lentes de contacto estéticas selectas en lugar del beneficio de cristales para anteojos. Si elige lentes de contacto que cuestan más que la asignación del Plan, debe pagar la diferencia en el costo. Si elige recibir lentes de contacto durante un Año de beneficios, no se pagarán beneficios para cristales durante el mismo Año de beneficios.

Marcos. El Proveedor de cuidado de visión le ayudará con la selección de marcos, realizará la colocación y ajuste de los marcos y proporcionará ajustes posteriores a los marcos para brindarle comodidad y eficiencia. Si visita a un Proveedor de cuidado de visión de la red y elige marcos que cuestan más que el beneficio máximo que figura en la sección Resumen de Beneficios: Montos máximos de beneficios de cuidado de visión, el costo se basará en un acuerdo con descuento.

Lentes. El Proveedor de cuidado de visión solicitará las lentes/cristales necesarios para su bienestar ocular. El Proveedor de cuidado de visión verificará la precisión de las lentes/cristales terminados. Las lentes cubiertas incluyen lentes de plástico (CR39):

1. Lentes unifocales
2. Lentes bifocales
3. Lentes trifocales (FT25-28)
4. Lentes progresivas

Los beneficios incluyen revestimiento antirrayaduras de fábrica. Las lentes fotocromáticas y de policarbonato recetadas para un menor de 19 años están cubiertas en forma total. Todos los demás revestimientos, otros materiales de lentes y tratamientos no están cubiertos.

Deberá pagar los montos que superen el monto máximo de beneficios de cuidado de visión.

Lentes de contacto no optativas. Las lentes no optativas se proporcionan por motivos no relacionados con la estética y tienen un beneficio máximo por Año de beneficios. Las lentes de contacto no optativas 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 lentes para anteojos
2. Queratocono: disminución inusual (forma de cono) del espesor de la córnea del ojo que generalmente ocurre antes de los 20 años de edad
3. Ametropía elevada: generalmente niveles altos de miopía y presbicia
4. Anisometropía: cuando un ojo requiere una receta notablemente diferente que para el otro ojo.

Examen de la vista. Un análisis de la vista inicial completo que incluye un examen adecuado de las funciones visuales, incluida la receta de anteojos/lentes de corrección cuando se indiquen. Esto no incluye el cargo por ajuste de lentes de contacto.

Cuidado de visión que no está cubierto

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

Opciones cosméticas. Lentes bifocales/sin línea, lentes de tamaño mayor a lo normal, lentes multifocales progresivas, lentes fotocromáticas, lentes ahumados, excepto lo que se menciona específicamente en la cláusula "Lentes/Cristales" de la sección Cuidado de visión que está cubierto, lentes recubiertas, lentes o procesos estéticos y lentes con protección UV.

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

Montos excedentes. Todo monto que supere el Gasto cubierto para el cuidado de la vista.

Experimental o de investigación. Todos los servicios o materiales experimentales o de investigación.

Cirugía de los ojos. Todo tratamiento médico o quirúrgico de los ojos y toda prueba de diagnóstico. Toda cirugía de los ojos que se realice exclusiva o principalmente 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.

Tratamiento brindado por el Gobierno. Servicios provistos por agencias del gobierno local, estatal o federal, o por el distrito escolar o el sistema de escuelas públicas, excepto cuando se exija expresamente por la ley federal o estatal el pago en virtud de este Plan. El Plan no cubrirá el pago de dichos servicios si no debe pagarlos o si se le proporcionan en forma gratuita.

Cuidado hospitalario. Cuidado de visión recibido en un hospital como paciente hospitalizado o ambulatorio.

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

Proveedores de cuidado de visión no certificados. Tratamientos o servicios prestados por Proveedores de cuidado de visión 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 visión no certificado bajo la supervisión de un médico certificado o un Proveedor de cuidado de visión certificado, a menos que el Administrador de reclamaciones disponga o acuerde específicamente otra cosa.

Lentes sin receta. Todos los anteojos, lentes o lentes de contacto no recetados. Lentes no correctivos (lentes que no tienen efecto refractivo).

No indicados específicamente. Servicios no mencionados específicamente en este Plan como servicios cubiertos.

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

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

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

Gafas protectoras. Gafas protectoras y sus respectivos marcos.

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

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

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

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

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

Cláusulas generales

Prestación del cuidado médico. No tenemos la obligación de prestar ningún tipo de cuidado de visión ni tampoco somos responsables por la calidad del cuidado que reciba.

Contratistas independientes. La relación entre el Administrador de reclamaciones y los proveedores es una relación de contratista independiente. Los oftalmólogos, optometristas y ópticos autorizados para recetar no son agentes del Administrador de reclamaciones ni son (ellos mismos o sus empleados) agentes o empleados de un Proveedor de cuidado de visión de ningún tipo.

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

Términos de la cobertura

1. Para tener derecho a recibir los beneficios que ofrece el Plan, tanto el Plan como su cobertura en virtud del Plan deben estar vigentes en la fecha en que se genera el gasto que ocasiona una reclamación de beneficios.
2. Los beneficios a los que tendrá derecho dependerán de los términos de la cobertura que estén vigentes en la fecha en que se genera el gasto que ocasiona una reclamación de beneficios. Un gasto se genera en la fecha en que recibe el servicio o suministro por el cual se realiza el cargo.
3. El Plan está sujeto a enmienda, modificación o finalización de acuerdo con las cláusulas del Plan sin su consentimiento o conformidad.

No discriminación. No se negará la inscripción a ninguna persona que sea elegible por el estado de salud, las necesidades de cuidado médico, la información genética, la información médica previa, la discapacidad, la orientación o identidad sexual, el sexo o la edad.

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

Libre elección del proveedor. Este Plan no interfiere de ninguna manera en su derecho como miembro a recibir beneficios de cuidado de visión para elegir un Proveedor de cuidado de visión. También puede elegir cualquier otro Proveedor de cuidado de visión que brinde atención cubierta según este Plan, y que esté debidamente certificado conforme a las leyes estatales y locales correspondientes. Pero su elección puede afectar los beneficios pagaderos de acuerdo con este Plan.

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

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

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. Usted o el Proveedor de cuidado de visión debe enviarle al Administrador de reclamaciones una factura detallada en el plazo de 90 días a partir de la fecha en que reciba el servicio o suministro por el cual se realiza la reclamación. Los servicios recibidos y los cargos por los servicios deben detallarse y describirse correcta y claramente. Si no es razonablemente posible presentar la reclamación dentro de ese plazo, se otorgará una extensión de hasta 12 meses. Salvo en el caso de incapacidad legal, el Administrador del plan no será responsable de los beneficios del Plan si no presenta las reclamaciones dentro del plazo requerido. El Administrador del plan no será responsable de los beneficios si el Administrador de reclamaciones no recibe a tiempo la prueba escrita del siniestro. No se aceptarán cheques o recibos cancelados.

Pago en tiempo de las reclamaciones. Los beneficios en virtud de este Plan se pagarán una vez que el Administrador de reclamaciones haya recibido una prueba escrita adecuada del siniestro y toda la información adicional y razonablemente necesaria que el Administrador de reclamaciones exija para determinar nuestra obligación.

Pago a proveedores. El Plan pagará los beneficios directamente a los Proveedores de cuidado de visión de la red. Además, el Plan pagará directamente a los Proveedores de cuidado de visión fuera de la red cuando ceda beneficios por escrito. Estos pagos saldan nuestra obligación con usted por esos servicios cubiertos.

Derecho de recuperación. Cada vez que se haga un pago por error, el Administrador de reclamaciones tendrá derecho a realizar los ajustes adecuados, recuperar su pago o, si corresponde, del proveedor, de acuerdo con las leyes y normas vigentes. En caso de que el Administrador de reclamaciones recupere del proveedor un pago hecho por error, salvo en casos de fraude o declaraciones falsas de ese proveedor, el Administrador de reclamaciones solo recuperará dicho pago del proveedor dentro de los 365 días desde la fecha en que hicimos el pago por la reclamación presentada por el proveedor. El Administrador de reclamaciones se reserva el derecho a deducir o compensar cualquier monto pagado por error de cualquier reclamación pendiente o futura.

En determinadas circunstancias, si el Administrador de reclamaciones paga los montos del proveedor de cuidado médico que usted debe pagar (como deducibles, copagos o coseguros), el Administrador de reclamaciones podrá cobrárselos directamente a usted. Acepta que el Administrador de reclamaciones tiene derecho a cobrarle esos 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 por un proveedor, prestador o subcontratista resultante de estas auditorías si la devolución del sobrepago no es factible.

El Administrador de reclamaciones ha establecido políticas de recuperación con el fin de determinar qué montos pueden recuperarse, cuándo desembolsar costos y gastos, y si se debe acordar o comprometer montos de recuperación. El Administrador de reclamaciones no buscará recuperar sobrepagos si el costo de la cobranza supera el monto del sobrepago. Es posible que el Administrador de reclamaciones no le notifique de los sobrepagos hechos por nosotros o por usted si el método de recuperación hace que brindar 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. En caso de que el Plan no le pague a un proveedor que le haya proporcionado beneficios, deberá pagar a ese proveedor los montos que el Plan no le pague.

Cláusulas de renovación. El Plan está sujeto a renovaciones con cierta frecuencia. La contribución mensual requerida u otros términos del Plan pueden cambiar de vez en cuando.

Acuerdos financieros con los proveedores. En virtud de ciertos acuerdos con algunos proveedores y prestadores de cuidados médicos (de aquí en más, "Proveedores") ciertos descuentos, pagos, reembolsos, acuerdos, incentivos, ajustes y/o asignaciones que incluyen, entre otros, descuentos en servicios de cuidado de visión, se pueden basar en la utilización de Proveedores para servicios de cuidado de visión específicos prestados a todas las personas que tienen cobertura a través de un programa de cuidado de visión similar proporcionado o administrado por Anthem Blue Cross Life and Health o una afiliada. No se atribuyen a reclamaciones o planes específicos y no son habituales para el beneficio de un individuo o grupo cubierto, pero Anthem Blue Cross Life and Health o una afiliada puede tenerlos en cuenta para la determinación de sus tarifas o los cargos o primas de la suscripción.

Definiciones

A continuación se muestran los significados de la terminología clave utilizada en este Folleto del plan. Cuando aparezcan en el texto, los términos clave que figuran a continuación comenzarán con letra mayúscula. Cuando uno de los términos que figuran a continuación aparezca en letra mayúscula en su Folleto del plan, debe 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 presta todos los servicios administrativos en relación con el procesamiento de las reclamaciones en virtud del Plan.

Año de beneficios: un periodo de 12 meses que determina la solicitud de los beneficios, como la acumulación de beneficios hasta alcanzar el deducible anual y hasta alcanzar las limitaciones o los montos máximos anuales de beneficios. Su Año de beneficios comienza el primer mes en que comienza su Periodo de cobertura.

Año del plan: es la fecha de inicio y finalización del Año del plan UC SHIP, y se utiliza para fines de contratos, administración financiera e informes de datos 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.

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

Dependiente: se refiere a quienes cumplen con los requisitos de elegibilidad del Plan como dependientes, según se indica en la sección Cómo comienza y termina la cobertura.

Estudiante asegurado (Estudiante): se refiere al asegurado principal; es decir, aquella persona autorizada a inscribirse en este Plan y a inscribir a sus dependientes elegibles.

Experimental: se refiere a aquellos procedimientos que principalmente están limitados a investigaciones en laboratorio y/o con animales.

Fecha de entrada en vigencia: se refiere a la fecha en que comienza su cobertura en virtud de este Plan.

Folleto del plan: es la descripción por escrito de los beneficios proporcionados en virtud del Plan.

Gasto cubierto para el cuidado de visión: es el gasto que realiza por un servicio o materiales cubiertos, pero que no supera los montos máximos descritos en la sección Sus beneficios de cuidado de visión: Cómo se determina el gasto cubierto para el cuidado de la vista. Se considera que el gasto se realizó el día en que recibe el servicio o materiales.

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 quienes cumplen con los requisitos de elegibilidad del Plan como hijos, según se indica en la sección Cómo comienza y termina la cobertura.

Nosotros (nos, nuestro/s o nuestra/s): se refiere al Administrador del plan.

Pareja doméstica: se refiere a quien cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan como pareja doméstica, según se indica en la sección Cómo comienza y termina la cobertura: Cómo comienza la cobertura.

Periodo de cobertura: es el periodo en el que un estudiante y sus dependientes son elegibles para recibir los beneficios de este Plan.

Persona asegurada: es el Estudiante asegurado o el Dependiente asegurado.

Plan anterior: es un plan patrocinado por el Administrador del Plan que fue reemplazado por este Plan en un plazo de 60 días. Se considera que está cubierto en virtud del Plan anterior si: (1) tuvo cobertura con el Plan anterior en la fecha en que finaliza, (2) está inscrito correctamente para obtener cobertura dentro de los 31 días de la Fecha de entrada en vigencia 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 enmiendas de este (si hubiera alguna). Este Plan está sujeto a los términos y condiciones del acuerdo de cobertura que emitimos para el Grupo. Si se realiza algún cambio en el Plan, se emitirá un folleto modificado o una enmienda para el Grupo, para que este lo distribuya a cada Estudiante asegurado que se vea afectado por dicho cambio.

Proveedor de cuidado de visión de la red: es un proveedor que tiene un Acuerdo con la Organización de Proveedores Preferidos que Participa del Plan con el Administrador de reclamaciones al momento en que se prestan los servicios. Los Proveedores de cuidado de visión de la red acuerdan aceptar la Tarifa negociada como pago por los servicios cubiertos.

Proveedor de cuidado de visión fuera de la red: es un proveedor que no tiene un Acuerdo de Proveedor Preferido con el Administrador de reclamaciones en el momento en que se prestan los servicios.

Proveedor de cuidado de visión: es un oftalmólogo, optometrista u óptico autorizado para recetar, certificado para brindar cuidado de visión, que presta un servicio dentro del alcance de la licencia y proporciona un servicio para el que se especifican beneficios en este Folleto del plan.

Tarifa negociada: es el monto que los Proveedores de cuidado de visión de la red acuerdan aceptar como pago total por los servicios cubiertos. En general, es menor que el cargo normal. Las tarifas negociadas se determinan a través de los Acuerdos con la Organización de Proveedores Preferidos que Participa del Plan.

Usted (su/sus): se refiere al Estudiante asegurado y a los dependientes que están inscritos en los beneficios en virtud de este Plan.

Obtenga ayuda en su idioma

¿Siente 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 de nuestro programa de asistencia en otros idiomas, ponemos a disposición documentos en formatos alternativos para miembros con impedimentos de la vista. Si necesita una copia de este documento en un formato alternativo, llame al Servicio al Cliente al número de número de teléfono que figura en el dorso de su 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 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

អ្នកមានសិទ្ធិត្រូវការទទួលបានព័ត៌មាននេះ ដោយឥតគិតថ្លៃ ក្នុងភាសាដែលអ្នកចង់បាន។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខសេវាសមាជិកដែលមានលើកាត 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 ਸੇਵਾ ਸੰਬੰਧਤ 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 le brindemos un trato justo

Es por eso que nuestros programas y actividades sobre salud cumplen las leyes federales sobre derechos civiles. No discriminamos ni excluimos a las personas, ni las tratamos diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Ofrecemos asistencia y servicios gratuitos para personas con discapacidades. También ofrecemos servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas a través de intérpretes y otros idiomas escritos para las personas cuya lengua materna no sea el inglés. ¿Le interesan estos servicios? Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación para obtener ayuda (TTY/TDD: 711). Si considera que no brindamos estos servicios o que discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja, también conocida como reclamo. Puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de cumplimiento por escrito a la dirección Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279 o por correo electrónico a compliance.coordinator@anthem.com. También tiene la opción de presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., a la dirección 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201, o de realizarla por teléfono, llamando al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697), o en línea, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de queja se encuentran en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.