

Folleto de Beneficios

(Denominado "Folleto" en las páginas siguientes)

Plan Blue View Vision

University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP)

2020-2021

Estimado/a miembro del plan:

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

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

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

Lee atentamente este Folleto del Plan para poder comprender todos los beneficios que ofrece tu Plan. Mantén este Folleto del Plan a mano en caso de que tengas preguntas sobre tu 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 la financiación de los beneficios.

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

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

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

Aviso de Reclamo

Todos los reclamos y disputas relacionadas con la cobertura provista por este Plan se deben resolver de acuerdo con los procedimientos de queja del Plan. Las quejas se pueden presentar por teléfono al 1-866-940-8306 o por escrito (escribe 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 ofrecerá confirmación de recepción de todas las quejas recibidas por el Plan por escrito, junto con una descripción de cómo propone el Administrador de reclamaciones resolver la queja.

Las quejas que estén relacionadas con la elegibilidad de cobertura del Plan se deben presentar en tu oficina de seguros médicos para estudiantes del 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 sobre la decisión sobre tu elegibilidad. Si el centro de servicios de orientación y salud para estudiantes confirma la decisión de que tú eres inelegible, podrás solicitar por escrito que la oficina del University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP) revise esa 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, 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: www.ucop.edu/ucship

Reclamaciones administradas por:

ANTHEM BLUE CROSS

en representación de

ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY

Índice

Cómo comienza y termina la cobertura	1
Cómo comienza la cobertura	1
Cómo finaliza la cobertura	5
Tipos de proveedores	6
Resumen de beneficios	6
Beneficios de cuidado de la vista.	6
Información general	8
Tus beneficios de cuidado de la vista.	9
Cómo se determina el gasto cubierto para el cuidado de la vista	9
Copagos y límite máximo de beneficio de cuidado de la vista	9
Cómo utilizar tus beneficios de cuidado de la vista	9
Condiciones de la cobertura	10
Cuidado de la vista que está cubierto	10
Cuidado de la vista que no está cubierto	12
Cláusulas generales	14
Definiciones	16

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. Hastings College of the Law
 - 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 del campus de la Universidad de California en San Francisco inscritas en el “Plan de Salud de Investigadores y Estudiantes Becados”, 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 prescindir de la inscripción en UC SHIP durante el periodo de exención especificado por su campus, al brindar la prueba de otra cobertura que cumpla con los criterios de beneficios especificados por la Universidad. Una exención es efectiva 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 exención para cada periodo académico dentro de un año (trimestre o semestre de invierno o primavera). Se puede obtener más información sobre la exención de inscripción a UC SHIP a través de la oficina de seguros de salud para estudiantes del campus.

2. Los siguientes tipos de individuos podrán inscribirse voluntariamente como estudiantes asegurados:
 - a. Todos los estudiantes no registrados con estado de “Tarifa 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 “Tarifa de presentación” podrán adquirir cobertura del Plan por un máximo de un semestre o un trimestre. Estos estudiantes se pueden inscribir al comunicarse con Planes de Salud Académicos 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 Planes de Salud Académicos al 1-855-427-3206.

- c. Los ex estudiantes 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 estudiantes pueden adquirir el UC SHIP por un máximo de un semestre o un trimestre. Estos individuos se pueden inscribir al comunicarse con Planes de Salud Académicos (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 puede adquirir el UC SHIP solo si también cumplen 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 matrimonio, 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 vigor de la pareja doméstica.
 - Hijo bajo tutela: un Hijo bajo tutela 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 Hijo bajo tutela se podrá extender de acuerdo con la cláusula para dependientes que no sean menores, según su definición en la sección 11400(v) del Código Asistencial e Institucional 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 Niño 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 válida, (ii) depende principalmente del Estudiante, Cónyuge o Pareja doméstica para su apoyo y manutención, y (iii) es incapaz de trabajar para mantenerse debido a un trastorno físico o mental. Un Médico debe certificar por escrito que el Hijo es incapaz de trabajar para mantenerse debido a un trastorno físico 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 afección física o mental todavía existe. Esta excepción será válida hasta que el hijo ya no esté vinculado principalmente con el 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 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 matrimonio.
 - 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 matrimonio 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 matrimonio 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 niño bajo tutela, 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 de la salud 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 te solicite que le brindes a Planes de Salud Académicos una copia de cualquier documento legal en el que se te 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. Comunícate con Servicios de Orientación 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. Consulta el sitio web de tu 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 Orientación y Salud para Estudiantes mediante una carta oficial escrita sobre la finalización de la prestadora de seguro médico 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 Orientación y Salud para Estudiantes en el plazo de 31 días posteriores a la pérdida de la cobertura. Si el estudiante no le notifica a Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes dentro de los 31 días, la cobertura se hará efectiva 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. Llama 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 matrimonio establecida en otra jurisdicción, o la fecha en la que se recibe el formulario completo de Declaración de Pareja doméstica por parte de Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes.
3. Para un Hijo biológico, la fecha de nacimiento.
4. Para un Hijo adoptivo o niño bajo tutela, 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 de la prestadora de seguros en el momento de inscripción al UC SHIP.

Los estudiantes no registrados, y los dependientes, se pueden inscribir llamando a Planes de Salud Académicos 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 a la que pertenece un Estudiante asegurado, la cobertura del estudiante 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 es expulsado de la Universidad, la política del campus determinará si la cobertura continuará o no después de la fecha de retiro o expulsión. Comunícate con Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes para obtener más información.
5. La inscripción en el Plan puede terminar por las razones enumeradas 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. Respecto a la elegibilidad para el UC SHIP, proporcionas conscientemente información esencial que es falsa o que malinterpreta la información de cualquier documento o no notificas al administrador del Plan acerca de cambios en tu estado o el de tus dependientes.
 - b. Permites conscientemente que otra persona que no seas tú o tus dependientes utilice tu tarjeta de identificación del plan para obtener servicios.
 - c. Obtienes o intentas 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 unión con una pareja doméstica termina, o si un Hijo cubierto pierde su estado de hijo dependiente, el estudiante debe entregar o enviar un aviso escrito a Planes de Salud Académicos acerca de la terminación y la pérdida del estado de elegibilidad. La cobertura para un ex Cónyuge 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 Planes de Salud Académicos la terminación de su matrimonio o unión con una 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 inelegible que resulte de ello. No enviar un aviso escrito a Planes de Salud Académicos no demorará ni evitará la terminación de la cobertura del Cónyuge, la Pareja doméstica o el Hijo. Si el estudiante notifica a Planes de Salud Académicos por escrito que debe cancelar la cobertura de un ex Cónyuge, 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.

Comunícate con Planes de Salud Académicos 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 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

LEE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDES OBTENER SERVICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA. 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 la vista de la red. Anthem Blue Cross Life and Health ha contratado a varios Proveedores de cuidado de la vista, incluidas clínicas de la visión en algunos campus, para proporcionar una red de “Proveedores de cuidado de la vista de la red”. Estos proveedores se denominan “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 la vista a los asegurados por una tarifa negociada. El monto de los beneficios pagaderos en virtud de este Plan para Proveedores de cuidado de la vista fuera de la red será diferente, y podrá ser menor que, el monto pagadero para los Proveedores de cuidado de la vista de la red.

Para encontrar un proveedor de cuidado de la vista participante de Blue View Vision Insight, puedes llamar a Servicios para Miembros al 866- 940-8306 o también puedes buscar un Proveedor de cuidado de la vista de la red usando la función “Provider Finder” (Buscador de proveedores) de nuestro sitio web en www.ucop.edu/ucship.

Proveedores de cuidado de la vista fuera de la red. Los Proveedores de cuidado de la vista fuera de la red son proveedores que no acordaron participar en nuestra red. No han aceptado los precios negociados ni otras cláusulas. Tú deberás pagar los montos que cobren y superen el Límite Máximo de beneficios de cuidado de la vista.

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 TU PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA VISTA 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, encontrarás una breve descripción de tus beneficios. Consulta todo el Folleto del Plan para obtener información completa sobre los beneficios, condiciones, limitaciones y exclusiones de tu Plan.

Beneficios de cuidado de la vista

Tus beneficios de cuidado de la vista cubren exámenes oculares y accesorios para la vista solamente. Puedes elegir recibir servicios de anteojos prestados por Proveedores de cuidado de la vista de la red o por Proveedores de cuidado de la vista fuera de la red; sin embargo, tus beneficios se verán afectados por esta elección.

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red	Frecuencia
Examen ocular de rutina: un examen ocular completo	Copago de \$10	Asignación de hasta \$49	Una vez por Año de beneficios
Marcos para anteojos: 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	Dentro de la red	Fuera de la red	Frecuencia
Cristales para anteojos (en lugar de lentes de contacto): un par de cristales recetados estándar de plástico			
• Lentes unificales	Copago de \$25	Asignación de hasta \$35	Una vez por Año de beneficios
• Lentes bifocales	Copago de \$25	Asignación de hasta \$49	Una vez por Año de beneficios
• Lentes trifocales	Copago de \$25	Asignación de hasta \$74	Una vez por Año de beneficios
Mejoras de cristales para anteojos: Por el hecho de obtener anteojos cubiertos con un proveedor de Blue View Vision, puedes 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 cristales de anteojos) 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.			
• Lentes convencionales optativos (no desechables) o	Asignación de \$120; luego, un coseguro del 15 % del saldo restante	Asignación de hasta \$92	Una vez por Año de beneficios
• Desechables optativos o	Asignación de \$120 (sin descuentos adicionales)	Asignación de hasta \$92	Una vez por Año de beneficios
• Sin elección (necesarios por motivos médicos)	Sin Copago ni Coseguro	Asignación de hasta \$250	Una vez por Año de beneficios

Nota: además de los Copagos antes mencionados, deberás pagar los montos que superen el monto máximo de beneficios para cuidado de la vista por los servicios de cuidado de la vista. Pero, cuando visites a un Proveedor de cuidado de la vista de la red, el costo de los servicios de cuidado de la vista y de suministros que superen el monto máximo de beneficio tendrá un precio con descuento.

Copagos para proveedores de cuidado de la vista fuera de la red. No se requerirá un Copago para los servicios y suministros prestados por un Proveedor de cuidado de la vista fuera de la red, pero deberás pagar cualquier cargo facturado que supere el Monto máximo de beneficio para el cuidado de la vista.

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

Tus beneficios de cuidado de la vista.

Cómo se determina el gasto cubierto para el cuidado de la vista

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

Proveedores de cuidado de la vista de la red. El gasto máximo cubierto para el cuidado de la vista para los servicios prestados por un Proveedor de cuidado de la vista de la red será la suma menor entre el cargo facturado o el Precio negociado. Los proveedores de cuidado de la vista de la red han acordado no cobrarte más que el Precio negociado para los servicios cubiertos.

Si eliges marcos o lentes que cuesten menos que el límite Máximo de beneficio de cuidado de la vista, deberás pagar el excedente con un precio con descuento. Si eliges opciones para la vista que no estén cubiertas en virtud de este Plan, recibirás un precio con descuento.

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

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

Copagos y límite máximo de beneficio de cuidado de la vista

Luego de restar el copago, pagaremos los beneficios hasta alcanzar el monto del Gasto cubierto para cuidado de la vista, sin exceder el límite Máximo de beneficio de cuidado de la vista correspondiente. Los copagos o límites máximos de beneficio de cuidado de la vista se establecen en el Resumen de beneficios.

Cómo utilizar tus beneficios de cuidado de la vista

Cuando visites a un Proveedor de cuidado de la vista de la red. Para identificarte como una persona asegurada con beneficios cubiertos de cuidado de la vista, recibirás una tarjeta de identificación electrónica. Debes presentar esta tarjeta a los Proveedores de cuidado de la vista de la red (que incluyen la clínica de cuidado de la vista dentro del campus) cuando asistas a tu cita. Un Proveedor de cuidado de la vista de la red solo te cobrará el Copago y los cargos que superen el límite Máximo de beneficio de cuidado de la vista. Cuando un Proveedor de cuidado de la vista de la red te emite facturas por servicios cubiertos, el Plan las pagará directamente.

Cuando visites a un Proveedor de cuidado de la vista fuera de la red. Si visitas a un Proveedor de cuidado de la vista fuera de la red para que te preste servicios, deberás pagar el costo total del examen ocular y/o los lentes que compres. Debes hacer copias de las facturas y recibos para tu propio registro. Envía el recibo con las facturas originales adjuntas, junto con 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**

Debes enviar el recibo del Proveedor de cuidado de la vista con tu 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. Debes realizar el gasto mientras estás cubierto por este Plan. El gasto debe realizarse en la fecha en la que recibes el servicio o material por el cual se cobra el cargo.
2. El gasto debe ser por un servicio ocular de rutina, no por cirugía o cuidado médico.
3. El gasto debe ser por un servicio o materiales para la vista incluidos en la sección Cuidado de la vista 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 o materiales para la vista incluidos en la sección Cuidado de la vista que no está cubierto. Si el servicio o 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.

Cuidado de la vista que está cubierto

Sujeto a los Límites Máximos de beneficio de cuidado de la vista 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 la vista que no está cubierto, el Plan proporcionará beneficios para los siguiente servicios y materiales:

Lentes de contacto optativos. Tienes una asignación por Año de beneficios para lentes de contacto estéticos selectos en lugar del beneficio de cristales para anteojos. Si eliges lentes de contacto que cuestan más que la asignación del Plan, debes pagar la diferencia en el costo. Si eliges 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 la vista te ayudará con la selección de marcos, realizará la colocación y ajuste de los marcos y proporcionará ajustes posteriores a los marcos para brindarte comodidad y eficiencia. Si visitas a un Proveedor de cuidado de la vista de la red y eliges marcos que cuestan más que el beneficio máximo que figura en la sección Resumen de beneficios: Límites máximos de beneficio de cuidado de la vista, el costo se basará en un acuerdo con descuento.

Lentes/cristales. El Proveedor de cuidado de la vista solicitará los lentes/cristales necesarios para tu bienestar ocular. El Proveedor de cuidado de la vista verificará la precisión de los lentes/cristales terminados. Los lentes cubiertos incluyen lentes de plástico (CR39):

1. Lentes unifocales
2. Bifocales
3. Lentes trifocales (FT25-28)
4. Lentes progresivos

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

Deberás pagar los montos que superen el límite Máximo de beneficio de cuidado de la vista.

Lentes de contacto no optativas. Los lentes no optativos se proporcionan por motivos no relacionados con la estética 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 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. Ametrópía elevada: niveles inusualmente altos de miopía y presbicia; o
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 la tarifa por ajuste de lentes de contacto.

Cuidado de la vista 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).

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

Atención en el hospital. Cuidado de la vista recibido en un hospital como paciente hospitalizado o paciente ambulatorio.

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

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).

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.

En relación con el trabajo. Condiciones 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 reclames esos beneficios.

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

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

Gafas de seguridad. Gafas protectoras y sus respectivos marcos.

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

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

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

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

Opciones estéticas. Lentes bifocales/sin línea, lentes de tamaño mayor a lo normal, lentes multifocales progresivos, lentes fotocromáticos, lentes coloreados, excepto lo que se menciona específicamente en la cláusula "Lentes/Cristales" de la sección Cuidado de la vista que está cubierto, lentes recubiertos, lentes o procesos estéticos y lentes con protección UV.

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

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

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

Sin seguro. Servicios recibidos antes de tu Fecha de entrada en vigor o después de que finaliza tu cobertura.

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

Cláusulas generales

Prestación de la atención. No tenemos la obligación de prestar ningún tipo de cuidado de la vista 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 autorizado 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 la vista de ningún tipo.

No regulación de proveedores. Los beneficios de este Plan no regulan los montos cobrados por los proveedores de cuidado de la vista, excepto en la medida en que las tarifas de los servicios cubiertos se regulan 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 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 tendrás 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 recibes 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 tu 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 de la salud, 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 tu cobertura según este Plan mientras: (1) este Plan esté vigente; (2) seas elegible y (3) se paguen tus contribuciones mensuales requeridas de acuerdo con los términos del Plan.

Libre elección del proveedor. Este Plan no interfiere de ninguna manera en tu derecho como miembro a recibir beneficios de cuidado de la vista para elegir un Proveedor de cuidado de la vista. También puedes elegir cualquier otro Proveedor de cuidado de la vista que brinde atención cubierta según este Plan, y que esté debidamente autorizado conforme a las leyes estatales y locales correspondientes. Pero 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 debe enviarle al Administrador de reclamaciones una factura detallada en el plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibas 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 presentas 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 oportuno 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 la vista de la red. Además, el Plan pagará directamente a los Proveedores de cuidado de la vista fuera de la red cuando 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 realizar los ajustes adecuados, recuperar tu pago o, si corresponde, el 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 suma pagada por error de cualquier reclamación pendiente o futura.

En determinadas circunstancias, si el Administrador de reclamaciones paga los montos del proveedor de cuidado de la salud que tú debes pagar (como deducibles, copagos o coseguros), el Administrador de reclamaciones podrá cobrártelas directamente a ti. Aceptas que el Administrador de reclamaciones tiene derecho a cobrarte 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 pago en exceso no es factible.

El Administrador de reclamaciones ha establecido políticas de recuperación con el fin de determinar qué montos pueden recuperarse, cuándo desembolsar costos y gastos, y si se debe acordar o comprometer montos de recuperación. El Administrador de reclamaciones no buscará 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 te notifique de los pagos en exceso hechos por nosotros o por ti 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 te haya proporcionado beneficios, deberás 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 cuidado de la salud (de aquí en más, "Proveedores") ciertos descuentos, pagos, descuentos, acuerdos, incentivos, ajustes y/o asignaciones que incluyen, entre otros, descuentos en servicios de cuidado de la vista, se pueden basar en la utilización de Proveedores específicos para servicios de cuidado de la vista específicos prestados a todas las personas que tienen cobertura a través de un programa de cuidado de la vista 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 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 más abajo comenzarán con letra mayúscula. Cuando uno de los términos que figuran más abajo aparezca en letra mayúscula en tu Folleto del Plan, 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 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 tus beneficios, como la acumulación de beneficios hasta alcanzar el deducible anual y hasta alcanzar las limitaciones o los montos máximos anuales de beneficios. Tu Año de beneficios comienza el primer mes en que comienza tu Periodo de cobertura.

Año del Plan es la fecha de inicio y finalización del Año del Plan del 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.

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.

El asegurado es el Estudiante asegurado o el Dependiente asegurado.

Estudiante asegurado (Estudiante) se refiere al asegurado principal; es decir, aquella persona 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 tu 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 la vista es el gasto que realizas por un servicio o materiales cubiertos, pero que no supera los montos máximos descritos en la sección Tus beneficios de cuidado de la vista: Cómo se determina el gasto cubierto para el cuidado de la vista. Se considera que el gasto se realizó el día en que recibes 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 o sus dependientes son elegibles para recibir los beneficios de este Plan.

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

Plan anterior es un plan patrocinado por el Administrador del Plan que fue reemplazado por este Plan dentro de los 60 días. Se considera que estás cubierto en virtud del Plan anterior si: (1) tuviste cobertura con el Plan anterior en la fecha en que finaliza, (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.

Precio negociado es la suma que los Proveedores de cuidado de la vista de la red acuerdan aceptar como pago total por los servicios cubiertos. En general, es menor que el cargo normal. Los precios negociados se determinan a través de los Acuerdos con la Organización de Proveedores Preferidos que Participa del Plan.

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

Procedimientos experimentales se refiere a aquellos procedimientos que básicamente están limitados a investigaciones en laboratorio y/o con animales.

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

Proveedor de cuidado de la vista 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 la vista de la red acuerdan aceptar el Precio negociado como pago por los servicios cubiertos.

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

Tú (tu) se refiere al Estudiante asegurado y a los dependientes que están inscritos en los beneficios en virtud de este 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, ponemos a disposición documentos en formatos alternativos para miembros con impedimentos 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 مجاناً. اتصل برقم خدمات الأعضاء الموجود على بطاقة التعريف الخاصة بك للمساعدة (TTY/TDD: 711).

Armenian

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

Chinese

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

Farsi

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

Hindi

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

Hmong

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

Japanese

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

Khmer

ម្នាក់មានសិទ្ធិត្រូវការទទួលបានព័ត៌មាននេះ: នឹងទទួលបានជំនួយជាភាសារបស់ម្នាក់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខសេវាសមាជិកដែលមានលើប័ណ្ណ ID របស់ម្នាក់ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។(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 sobre salud cumplen 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. También tienes la opción de presentar un reclamo 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 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 PROVEEDORES DE BLUE VIEW VISION INSIGHT

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

Estudios por imágenes de retina: a opción del miembro, se pueden realizar en el momento del examen ocular.		No más de \$39
Mejoras de lentes para anteojos		
En el momento de obtener artículos para la visión de un proveedor de Blue View Vision Insight, puedes optar por mejorar las lentes de los anteojos a un precio con descuento. Se aplica un copago para los lentes de los anteojos.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lentes (adultos) \$75 ○ Policarbonato estándar (adultos) \$40 ○ Ahumados (parejo y gradual) \$15 ○ Protección contra rayos UV \$15 ○ Lentes progresivos¹ <ul style="list-style-type: none"> ○ Estándar \$65 ○ Premium nivel 1 \$85 ○ Premium nivel 2 \$95 ○ Premium nivel 3 \$110 ○ Revestimiento antirreflejante² <ul style="list-style-type: none"> ○ Estándar \$45 ○ Premium nivel 1 \$57 ○ Premium nivel 2 \$68 ○ Otras adiciones 20 % de descuento del precio de venta minorista 	
Anteojos adicionales		
En todo momento y de cualquier proveedor de la red de Blue View Vision Insight.	<ul style="list-style-type: none"> ○ La totalidad de los anteojos 40 % de descuento del precio de venta minorista ○ Los materiales de los anteojos se compran por separado 20 % de descuento del precio de venta minorista 	
Accesorios para la vista		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Productos tales como anteojos de sol sin receta, artículos de limpieza para lentes, soluciones para lentes de contacto, estuches para anteojos, etc. 20 % de descuento del precio de venta minorista 	
Ajuste de lentes de contacto y seguimiento		
Está disponible un ajuste de lentes de contacto y dos visitas de seguimiento una vez que hayas completado un examen integral de la vista.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ajuste de lentes de contacto estándar³ Hasta \$55 ○ Ajuste de lentes de contacto premium⁴ 10 % de descuento del precio de venta minorista 	
Lentes de contacto convencionales		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ El descuento se aplica solo a los materiales 15 % de descuento del precio de venta minorista 	

¹Pregúntale a tu proveedor qué te recomienda y cuáles son las marcas de lentes progresivos de cada nivel. ²Pregúntale a tu proveedor qué te recomienda y cuáles son las marcas de lentes progresivos de cada nivel.

³El 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. ⁴El 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.

Los descuentos están sujetos a cambios sin previo aviso. Los descuentos no son beneficios cubiertos en virtud de tu plan de cuidado de la vista y no estarán enumerados en tu certificado de cobertura. Los proveedores de la red ofrecerán descuentos excepto que la ley estatal prohíba los descuentos en productos y servicios que no son beneficios cubiertos en virtud de este plan. Los descuentos en los marcos no se aplicarán si el fabricante ha impuesto una política de no descuentos sobre las ventas en tiendas minoristas y ubicaciones de proveedores independientes. Algunos de nuestros proveedores de la red incluyen:



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

Puedes acceder a distintos tipos de ahorros en artículos como accesorios para la vista luego de haber utilizado tus beneficios, lentes de sol sin receta, audífonos e incluso la cirugía de corrección de la vista con láser LASIK a través de los distintos proveedores. Simplemente **inicia sesión en anthem.com/ca**, selecciona Descuentos, luego Vista, Audición y Servicios dentales.

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

FUERA DE LA RED

*Si eliges recibir servicios cubiertos o comprar accesorios para la vista cubiertos a un proveedor fuera de la red, los descuentos de la red no se aplicarán y deberás pagar los servicios y/o materiales para la vista en el momento del servicio. Completa el formulario de reclamaciones fuera de la red y envíalo junto con el recibo detallado al número de fax, dirección de correo electrónico o dirección postal que figura a continuación. Para descargar el formulario de reclamaciones, inicia sesión en **anthem.com/ca**, o desde el menú de la página de inicio, en la sección Ayuda, selecciona Formularios, haz clic en Cambiar estado para elegir tu estado, y luego baja hasta Reclamaciones, y selecciona Formulario de Reclamaciones para Cuidado de la Vista Fuera de la Red. Si lo desea, puedes llamar a Servicios para Miembros al **1-866-940-8306** para solicitar 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