

# **Folleto de beneficios**

(denominado “folleto” en las páginas siguientes)

**Anthem PPO Plan**

**Red de PPO**

**University of California Student Health Insurance Plan**

**UC SAN FRANCISCO**  
**Estudiantes y dependientes**

**2017-18**

## Números importantes

### Centro de Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes de la Universidad de California, San Francisco

Por teléfono/Citas:	1-415-476-1281
Servicios psicológicos y de asesoramiento/Enfermero asesor:	1-415-476-1281
Número de Servicios para afiliados del University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP):	1-866-940-8306
Servicios de seguros de Wells Fargo:	1-800-853-5899
Línea de enfermería de Anthem:	1-877-351-3457
Programa Future Moms:	1-866-664-5404

## Sitios

University of California, San Francisco  
Box 722  
500 Parnassus Avenue, Millberry Union, P8 Level, Room 0005  
San Francisco, CA 94143

University of California, San Francisco  
Box 3015  
1675 Owens Street, 3rd Floor, Room 330  
San Francisco, CA 94158

Sitio web del UC SHIP:

[www.ucop.edu/ucship](http://www.ucop.edu/ucship)

# Introducción

## Estimado/a afiliado del plan:

Este Folleto de beneficios te brinda una descripción de tus beneficios mientras tú y tus Dependientes elegibles estén afiliados al University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP) (el "Plan"), que ofrece tu Universidad. Debes leer este Folleto de beneficios cuidadosamente para conocer las disposiciones más importantes del Plan y tenerlo a mano para tu referencia. Si tú entiendes bien tu cobertura, podrás usar los beneficios de manera inteligente. Si tienes preguntas sobre los beneficios que se describen en este Folleto de beneficios, contacta a Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes o a Servicios para afiliados del UC SHIP al 1-866-940-8306.

Los beneficios del Plan que se describen en este Folleto de beneficios son únicamente para los Afiliados elegibles para el Año del plan 2017-18. Los servicios de cuidado de la salud están sujetos a las normas de limitaciones y exclusiones, Copagos, Deducibles y Coseguros que se especifican en este Folleto de beneficios.

Muchas de las palabras utilizadas en este Folleto de beneficios tienen un significado particular (por ejemplo, Servicios cubiertos y Necesidad por motivos médicos). Estas palabras aparecen en mayúscula y se definen en la sección "Definiciones". Consulta estas definiciones para comprender mejor lo que se dice. A lo largo de Folleto de beneficios, también verás palabras, como "nosotros", "nos", "nuestro/a", "tú" y "tu". Las palabras "nosotros", "nos", "nuestro/a" hacen referencia al Administrador de reclamaciones. Las palabras "tú" y "tu" hacen referencia al Afiliado, al Estudiante asegurado y a cada Dependiente cubierto.

Si tienes preguntas sobre tu Plan, comunícate con Servicios para afiliados al 1-866-940-8306. También asegúrate de visitar el sitio web del Administrador de reclamaciones, [www.anthem.com](http://www.anthem.com) para obtener información sobre cómo encontrar a un Proveedor, obtener respuestas a tus preguntas y acceder a valiosos consejos de salud y bienestar.

**Importante:** Este no es un plan de beneficios asegurados. Los beneficios que se describen en este Folleto de beneficios y toda modificación o enmienda que se te hagan están financiadas por el University of California Student Health Insurance Plan, que es responsable de tu pago. Anthem Blue Cross Life and Health (el Administrador de reclamaciones) ofrece solamente servicios administrativos de pago de reclamaciones y, por tanto, no asume ningún riesgo financiero u obligación con respecto a las reclamaciones.

Tu Universidad aceptó estar sujeta a los términos y las condiciones del acuerdo de Proveedores de Anthem que puede incluir Revisiones previas al servicio y requisitos de administración de utilización, coordinación de beneficios, límites de tiempo para solicitudes y otros requisitos para administrar los beneficios de este Plan.

Anthem es una corporación independiente que opera bajo licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, lo que le permite utilizar las Marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en el estado de California. Aunque Anthem es el Administrador de reclamaciones y tiene licencia en California, tendrás acceso a los Proveedores participantes de la red BlueCard® PPO de Blue Cross and Blue Shield Association a lo largo de todo el país. Anthem celebró un contrato con el UC SHIP en su propio nombre y derecho, y no como agente de la Asociación.

## Tu derecho a apelar

A los fines de estas cláusulas de apelación, “reclamación de beneficios” significa una solicitud de beneficios provistos por el plan. El término incluye tanto las reclamaciones anteriores como posteriores al servicio.

- Una reclamación previa al servicio es una reclamación de beneficios del Plan en casos en los que no recibiste el beneficio o en los que puedes necesitar obtener la aprobación con anticipación.
- Una reclamación posterior al servicio es una reclamación de beneficios del Plan en casos en los que has recibido el servicio.

Si se rechaza tu solicitud:

- te enviarán una notificación escrita de rechazo, y
- tiene derecho a una revisión total y justa del rechazo.

El procedimiento que el Administrador de reclamaciones siga respetará los requisitos para una revisión total y justa de acuerdo con las leyes federales correspondientes.

### **Notificación de determinación adversa sobre beneficios**

Si se rechaza tu reclamación, el aviso de determinación adversa sobre beneficios del Administrador de reclamaciones (denegación) incluirá:

- información suficiente para identificar la reclamación en cuestión;
- los motivos específicos de la denegación;
- una referencia a las cláusulas específicas del plan en las que se basó la determinación del administrador de reclamaciones;
- una descripción del material adicional o de la información necesaria para concretar la reclamación;
- una explicación de las razones por las que se necesita material o información adicional;
- una descripción de los procedimientos de revisión del Plan y los límites de tiempo que se aplican para estos;
- información sobre reglas, pautas o protocolos internos, o criterios similares, que se tuvieron en cuenta al tomar la determinación adversa sobre la reclamación y acerca de tu derecho a solicitar una copia gratuita de dicho material, junto con una explicación de la decisión de denegación de reclamaciones;
- información sobre el criterio científico o clínico de cualquier determinación basada en la necesidad médica o el tratamiento experimental, o acerca de tu derecho a solicitar esta explicación sin cargo, junto con una explicación de la decisión de denegación de reclamaciones; y
- la disponibilidad y la información de contacto de todas las oficinas pertinentes de asistencia al consumidor de seguros médicos o del mediador que puede ayudarte.

En el caso de reclamaciones asociadas con atención urgente/concurrente:

- el aviso del Administrador de reclamaciones también incluirá una descripción del proceso de revisión urgente/concurrente correspondiente; y
- el Administrador de reclamaciones podrá avisarte a ti o tu representante autorizado verbalmente dentro de las 24 horas, y después proporcionar un aviso por escrito.

## Apelaciones (Quejas)

Tienes el derecho a apelar una determinación adversa sobre beneficios (denegación de reclamación). Tú o tu representante autorizado deben presentar la apelación dentro de los 180 días calendarios posteriores a la notificación de la denegación. Tendrás la oportunidad de presentar comentarios escritos, documentos, registros o cualquier otra información que respalde tu reclamación. La revisión de tu reclamación realizada por el Administrador de reclamaciones tendrá en cuenta toda la información que proporciones, sin importar si se presentó o se consideró en la determinación inicial sobre el beneficio.

El Administrador de reclamaciones ofrecerá un solo nivel obligatorio de apelación y un segundo nivel adicional y voluntario de apelación, que podrá consistir en la revisión realizada por un panel, una revisión independiente u otro proceso según la entidad que revise la apelación. El plazo permitido para que el Administrador de reclamaciones complete la revisión depende del tipo de revisión del que se trate (por ejemplo, previa al servicio, concurrente, posterior al servicio, urgente, etc.)

**En caso de reclamaciones previas al servicio relacionadas con atención urgente/concurrente**, podrá obtener una apelación expeditiva. Tú o tu representante autorizado pueden solicitar este tipo de revisión de forma verbal o por escrito. Tú y el Administrador de reclamaciones pueden intercambiar toda la información necesaria (incluida la decisión del Administrador de reclamaciones) por teléfono, fax u otro medio similar. Para presentar una apelación de una reclamación que incluye cuidado de urgencia/concurrente, tú o tu representante autorizado deben comunicarse con el Administrador de reclamaciones al número que se indica en tu Tarjeta de identificación y proporcionar, al menos, la siguiente información:

- la identidad de la persona reclamante;
- la(s) fecha(s) del servicio médico;
- la afección médica o el síntoma específicos;
- el nombre del Proveedor;
- el servicio o suministro para el que se solicita la aprobación de los beneficios;
- todos los motivos por los que se debería procesar la apelación de forma expeditiva.

**Todas las demás solicitudes de apelación** deben ser presentadas por escrito por el Afiliado o su representante autorizado, excepto si la naturaleza de la apelación requiriera la aceptación de apelaciones orales (Quejas) por cualquier otro motivo (por ejemplo, cuidados de urgencia). Tú o tu representante autorizado deben presentar una solicitud de revisión a:

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company  
ATTN: Apelaciones  
P.O. Box 4310, Woodland Hills, CA 91365-4310

### **Debes incluir tu Número de identificación de afiliado cuando presentes una apelación.**

Si lo solicita, el Administrador de reclamaciones te entregará, sin costo alguno, acceso razonable a todos los documentos, registros e información relevante para tu reclamación, y las copias de estos. "Relevante" significa que el documento, registro u otra información:

- se usó para tomar la determinación sobre el beneficio, o
- se presentó, consideró o entregó durante el proceso de determinación sobre el beneficio; o
- demuestra cumplimiento con los procesos y protecciones para garantizar que las determinaciones sobre reclamaciones se efectúen de conformidad con los términos del plan, aplicados sistemáticamente para personas que presentan reclamaciones en situaciones similares; o
- es una declaración de la política del Plan o una guía sobre el tratamiento o beneficio relacionado con tu diagnóstico.

El Administrador de reclamaciones también te proporcionará a ti, de manera gratuita, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, usada como referencia o generada en conexión con tu reclamación. Además, antes de que recibas una determinación adversa sobre beneficios en una revisión basada en un fundamento nuevo o adicional, el Administrador de reclamaciones te proporcionará a ti, de manera gratuita, dicho fundamento.

**Para Apelaciones (Quejas) fuera del estado)** Debes presentar las Apelaciones de Proveedores con el Plan local de Blue Cross and/or Blue Shield en dicha área geográfica (“Host Blue”). Esto quiere decir que los Proveedores deben presentar las apelaciones ante el mismo plan al cual se presentó la reclamación.

### **Elegibilidad (Quejas)**

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. La oficina de seguros médicos para estudiantes te notificará por escrito sobre la decisión de tu elegibilidad. Si la oficina de seguros médicos para estudiantes confirma la decisión de que tú no eres elegible, 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 de la oficina de seguros médicos para estudiantes, y debes incluir toda la información y documentación relevante para tu Queja. Debes enviar tu solicitud de revisión a: University of California Student Health Insurance Plan, Risk Services, 1111 Franklin Street, 10<sup>th</sup> Floor, Oakland, CA 94607. La decisión del director del UC SHIP será final.

### **Cómo se decidirá tu apelación**

Cuando el Administrador de reclamaciones analice tu apelación, no se basará en la determinación inicial sobre los beneficios o, en el caso de apelaciones voluntarias de segundo nivel, en la determinación de la apelación anterior. La revisión será realizada por un revisor idóneo que no participó en la determinación inicial y que no trabaje para la persona que tomó la determinación inicial. La revisión voluntaria de segundo nivel será realizada por un revisor idóneo que no participó en la determinación inicial o en la determinación de la apelación de primer nivel y que no trabaje para la persona que tomó la determinación inicial o la determinación sobre la apelación de primer nivel.

Si la denegación se basó total o parcialmente en una resolución médica, lo que incluye si el tratamiento es experimental, de investigación o necesario por motivos médicos, el revisor consultará a un profesional de cuidado de la salud que tenga la capacitación y la experiencia adecuadas en el área médica pertinente para efectuar la resolución. Este profesional de cuidado de la salud no será uno de los consultados para tomar una determinación anterior ni quien trabaje para uno de los profesionales del cuidado de la salud consultados para tomar la determinación anterior.

### **Notificación del resultado de la apelación**

**Si apela una reclamación relacionada con el cuidado de urgencia/concurrente**, el Administrador de reclamaciones te notificará el resultado de la apelación lo antes posible, dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la apelación.

**Si apela una reclamación previa al servicio**, el Administrador de reclamaciones te notificará el resultado de la apelación dentro de los 30 días posteriores a la recepción de tu solicitud de apelación.

**Si apela una reclamación previa al servicio**, el Administrador de reclamaciones te notificará el resultado de la apelación dentro de los 60 días posteriores a la recepción de tu solicitud de apelación.

### **Denegación de apelaciones**

Si se rechaza tu apelación, la denegación se considerará automáticamente una determinación adversa sobre beneficios. La notificación del Administrador de reclamaciones incluirá toda la información establecida en la subsección anterior denominada “Aviso de determinación adversa sobre beneficios”.

## **Apelaciones voluntarias de segundo nivel**

Si no estás conforme con la decisión de la apelación obligatoria de primer nivel del Plan, es posible que tengas a tu disposición una apelación voluntaria de segundo nivel. Si desea iniciar una apelación de segundo nivel, escriba a la dirección indicada anteriormente. Las apelaciones voluntarias (Quejas) se deben presentar dentro de los 60 días calendario posteriores a la denegación de la apelación de primer nivel. No es obligatorio finalizar una apelación voluntaria de segundo nivel antes de presentar una solicitud de Revisión externa independiente.

## **Revisión externa**

Si el resultado de la apelación obligatoria de primer nivel es desfavorable para ti y estuvo fundada en el criterio médico, posiblemente reúnas los requisitos para solicitar una Revisión externa independiente, en virtud de las leyes federales. Debes presentar tu solicitud de Revisión externa ante el Administrador de reclamaciones en un plazo de cuatro (4) meses después del aviso de la determinación desfavorable correspondiente al proceso interno.

Las solicitudes de Revisión externa deben presentarse por escrito, a menos que el Administrador de reclamaciones determine que no es razonable pedir una declaración por escrito. No es necesario que reenvíes la información presentada para la apelación interna. Sin embargo, te alentamos a presentar toda información adicional que consideres importante para la revisión.

En el caso de las reclamaciones previas al servicio relacionadas con el cuidado de urgencia/concurrente, puedes solicitar una Revisión externa expeditiva sin presentar una apelación interna, o bien al mismo tiempo que presentas una apelación expeditiva mediante el proceso de apelación interna del Administrador de reclamaciones. Tú o tu representante autorizado pueden solicitar este tipo de revisión de forma verbal o por escrito. Tú y el Administrador de reclamaciones pueden intercambiar toda la información necesaria (incluida la decisión del Administrador de reclamaciones) por teléfono, fax u otro medio similar. Para solicitar una Revisión externa expeditiva, tú o tu representante autorizado deben comunicarse con el Administrador de reclamaciones al número de teléfono que se indica en tu Tarjeta de identificación y proporcionar, al menos, la siguiente información:

- la identidad de la persona reclamante;
- la(s) fecha(s) del servicio médico;
- la afección médica o el síntoma específicos;
- el nombre del Proveedor;
- el servicio o suministro para el que se solicita la aprobación de los beneficios;
- todos los motivos por los que se debería procesar la apelación de forma expeditiva.

El resto de las solicitudes de Revisión externa deben presentarse por escrito, a menos que el Administrador de reclamaciones determine que no es razonable pedir una declaración por escrito. Tú tu representante autorizado son responsables de presentar este tipo de solicitudes a la dirección que se indica a continuación:

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company  
ATTN: Apelaciones  
P.O. Box 4310, Woodland Hills, CA 91365-4310

## **Debes incluir tu Número de identificación de afiliado cuando presentes una apelación.**

Este no es un paso adicional que debes tomar a fin de cumplir con tus obligaciones respecto del procedimiento de apelaciones que se describió anteriormente. Tu decisión de presentar una Revisión externa no afecta tus derechos a recibir cualquier otro beneficio conforme a tu plan de cuidado de la salud. No debes pagar ningún costo al iniciar el trámite de Revisión externa independiente. La decisión de la Revisión externa es definitiva y obligatoria para todos.

### **Requisito para presentar una apelación antes de presentar una demanda**

Si no estás conforme con la resolución incluso después de haber completado el Procedimiento de apelaciones, puedes iniciar procedimientos ante un tribunal de justicia o en otros tribunales, o presentar una demanda en el tribunal de reclamos menores, en función del monto que esté reclamando. Dicha acción se debe comenzar dentro de los tres años a partir de que se recibe la decisión final del Plan sobre la reclamación u otra solicitud de beneficios. Si el Plan decide que una apelación es inoportuna, la última decisión del Plan con respecto a los méritos del reclamo subyacente o la solicitud de beneficio es la fecha de la decisión final. Debes agotar el Procedimiento de apelaciones internas del Plan, pero sin incluir el nivel voluntario de apelación, antes de presentar una demanda o de iniciar otra acción legal, incluida una demanda en el tribunal de reclamos menores, contra el Plan.

**El Administrador de reclamaciones se reserva el derecho a modificar las políticas, los procedimientos y los plazos de esta sección de conformidad con la legislación aplicable.**

# Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>Tu derecho a apelar</b> .....	<b>2</b>
<b>Índice</b> .....	<b>7</b>
<b>Periodos de cobertura</b> .....	<b>10</b>
<b>Elegibilidad e inscripción: incorporación de Afiliados</b> .....	<b>12</b>
Estado de elegibilidad .....	12
El Estudiante asegurado .....	12
Dependientes .....	13
Tipos de cobertura.....	14
Periodo de inscripción.....	14
Periodos de Afiliación especial.....	15
No discriminación.....	16
Declaraciones y formularios .....	16
<b>Cómo funciona tu Plan</b> .....	<b>17</b>
Servicios de red .....	17
Servicios y beneficios fuera de la red .....	18
Cómo encontrar un Proveedor dentro de la red .....	19
<b>Acceso oportuno al cuidado</b> .....	<b>20</b>
El programa BlueCard.....	20
Tarjeta de identificación .....	20
<b>Lista de beneficios</b> .....	<b>22</b>
<b>Solicitud de aprobación de beneficios</b> .....	<b>52</b>
Tipos de revisiones .....	52
¿Quién es responsable de la certificación previa? .....	54
Cómo se toman las decisiones relacionadas con la necesidad médica .....	55
Requisitos de decisiones y notificaciones .....	56
Información importante.....	56
Administración de casos individuales del plan de salud .....	57
<b>Servicios cubiertos</b> .....	<b>58</b>
Acupuntura .....	58
Servicios para alergias.....	58
Servicios de ambulancia .....	58
Avisos importantes sobre los beneficios de ambulancia aérea.....	59
Servicios de salud del comportamiento .....	60
Cáncer de seno.....	60
Quimioterapia .....	60
Servicios quiroprácticos y osteopáticos .....	60
Ensayos clínicos .....	60
Servicios dentales.....	61
Preparación de la boca para tratamientos médicos .....	61
Tratamiento de lesión accidental.....	62
Otros servicios dentales.....	62
Equipos, educación y suministros para la diabetes.....	67
Servicios de diagnóstico.....	67
Servicios de laboratorio de diagnóstico y de patología .....	67
Servicios de diagnóstico por imágenes y pruebas de diagnóstico electrónicas .....	67
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes .....	68
Equipo médico duradero y dispositivos médicos, Aparatos ortopédicos, prótesis y suministros médicos y quirúrgicos .....	68
Equipo médico duradero y dispositivos médicos .....	68

Servicios relacionados con dispositivos para la audición .....	69
Aparatos ortopédicos .....	69
Prótesis .....	69
Suministros médicos y quirúrgicos .....	70
Sangre y hemoderivados .....	70
Equipos y suministros para la diabetes .....	70
Equipos y suministros para el tratamiento del asma .....	70
Servicios de cuidados de emergencia .....	70
Servicios de emergencia.....	70
Pruebas genéticas .....	71
Servicios de recuperación de las habilidades .....	71
Pruebas de VIH.....	72
Servicios de atención médica a domicilio.....	72
Terapia de infusión a domicilio .....	72
Cuidado de hospicio.....	72
Servicios de trasplantes de órganos y tejidos humanos (médula ósea/células madre) .....	73
Periodo de beneficios de trasplante .....	74
Aprobación previa y Certificación previa .....	74
Beneficios del donante .....	75
Inmunizaciones.....	76
Servicios para pacientes internados .....	76
Atención hospitalaria para pacientes internados .....	76
Servicios profesionales para pacientes internados .....	77
Servicios de maternidad y salud reproductiva.....	77
Maternidad .....	77
Beneficios de anticonceptivos.....	78
Servicios de esterilización.....	78
Servicios de aborto.....	78
Servicios de salud mental y por abuso de sustancias .....	79
Terapia ocupacional.....	81
Consultas en el consultorio y Servicios del médico .....	81
Aparatos ortopédicos .....	81
Servicios en un centro para pacientes ambulatorios .....	82
Trastorno generalizado del desarrollo o autismo.....	82
Fenilcetonuria (PKU).....	84
Terapia física .....	85
Cuidado preventivo .....	85
Prótesis.....	87
Radioterapia .....	87
Servicios de rehabilitación.....	87
Gasto de repatriación de restos.....	87
Centro de enfermería especializada .....	88
Programas para dejar de fumar.....	88
Terapia del habla .....	88
Cirugía.....	88
Cirugía bariátrica .....	89
Cirugía oral.....	89
Cirugía reconstructiva.....	90
Notificación de mastectomía.....	90
Telesalud.....	90
Servicios para el trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) y craneomandibular .....	90
Servicios de terapia.....	91
Servicios de terapia de medicina física .....	91
Otros servicios de terapia .....	91
Servicios para reasignación de sexo .....	92
Servicios de atención urgente .....	93

Servicios oftalmológicos.....	94
<b>Servicios no cubiertos .....</b>	<b>96</b>
<b>Pago de reclamaciones.....</b>	<b>102</b>
Monto máximo aprobado.....	102
Revisión de reclamaciones.....	105
Aviso de reclamación y prueba del siniestro .....	105
Formularios de reclamación .....	106
Cooperación del Afiliado .....	106
Pago de beneficios.....	106
Acuerdos entre planes .....	106
Servicios fuera del área .....	106
<b>Coordinación de beneficios cuando los Afiliados están asegurados por más de un Plan.....</b>	<b>109</b>
<b>Subrogación y reembolso.....</b>	<b>112</b>
<b>Derechos y responsabilidades de los afiliados .....</b>	<b>115</b>
<b>Finalización y continuación de la cobertura .....</b>	<b>117</b>
Finalización de la cobertura.....	117
<b>CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS TRAS LA TERMINACIÓN .....</b>	<b>119</b>
<b>Disposiciones generales.....</b>	<b>120</b>
Actos que escapan al control razonable (fuerza mayor).....	120
Circunstancias que escapan al control del Plan.....	120
Compensación para trabajadores.....	120
Confidencialidad y divulgación de información.....	120
Conformidad con la ley.....	121
Coordinación de la atención.....	121
Derecho de recuperación y ajuste .....	121
Errores administrativos.....	121
Evaluación de tecnologías y políticas médicas .....	122
Forma o contenido del folleto .....	122
Fraude .....	122
Modificaciones .....	122
No somos responsables de las acciones o las omisiones de los Proveedores .....	122
Políticas y procedimientos.....	122
Programas del gobierno .....	123
Protegemos tu privacidad.....	123
Relación entre las partes (UC SHIP-Afiliado-Administrador de reclamaciones) .....	124
Rigen todas las restricciones.....	124
Uso no autorizado de la Tarjeta de identificación.....	124
Valor de los Servicios cubiertos.....	124
<b>Definiciones.....</b>	<b>125</b>
<b>Servicios de beneficios adicionales .....</b>	<b>136</b>
<b>Avisos federales.....</b>	<b>137</b>
Acceso a atención obstétrica y ginecológica.....	137
Declaración de derechos conforme a la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos .....	137
Ley de Paridad de Salud Mental y Adicciones .....	137
Cobertura para niños exigida por una orden válida de asistencia médica para un menor (“QMCSO”).....	137
Declaración de derechos conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998.....	138
Aviso de afiliación especial.....	138
<b>Obtén ayuda en tu idioma .....</b>	<b>141</b>

## Periodos de cobertura

	Inicio temprano	Periodo de otoño	Periodo de invierno	Periodo de primavera	Periodo de verano
<b>SRHP 1</b>		09/01/2017- 12/31/2017	01/02/2018- 04/01/2018	04/02/2018- 06/17/2018	06/18/2018- 08/31/2018
<b>SRHP 2</b>		09/13/2017- 12/31/2017	01/02/2018- 04/01/2018	04/02/2018- 06/17/2018	06/18/2018- 09/11/2018
<b>SRHP 3</b>	07/01/2017- 09/30/2017	10/01/2017- 12/31/2017	01/01/2018- 03/31/2018	04/01/2018- 06/30/2018	07/01/2018- 09/30/2018
<b>SRHP 4</b>	07/05/2017- 10/04/2017	10/05/2017- 01/04/2018	01/05/2018- 04/04/2018	04/05/2018- 07/01/2018	07/05/2018- 10/04/2018
<b>SRHP 5</b>		09/05/2017- 12/04/2017	12/05/2017- 03/04/2018	03/05/2018- 06/04/2018	06/05/2018- 09/14/2018
<b>SRHP 6</b>		07/31/2017- 10/31/2017	11/01/2017- 01/31/2018	02/01/2018- 04/30/2018	05/01/2018- 07/27/2018
<b>SRHP 7</b>		08/14/2017- 12/31/2017	01/01/2018- 04/01/2018	04/02/2018- 05/31/2018	
<b>SRHP 8</b>		09/13/2017- 12/31/2017	01/01/2018- 04/01/2018	04/02/2018- 05/31/2018	
<b>SRHP 9</b>		08/01/2017- 12/31/2017	01/01/2018- 04/01/2018	04/02/2018- 06/30/2018	
<b>SRHP 10</b>					05/27/2018- 08/03/2018
<b>SRHP 11</b>		07/31/2017- 12/31/2017	01/01/2018- 04/01/2018	04/02/2018- 06/17/2018	06/18/2018- 07/31/2018
<b>Grad 1: Inicio temprano de la bioingeniería/ Medicina traslacional</b>		08/01/2017- 12/31/2017	01/01/2018- 04/01/2018	04/02/2018- 06/17/2018	06/18/2018- 08/31/2018
<b>Grad 2: Programas de posgrado</b>		09/01/2017- 12/31/2017	01/01/2018- 04/01/2018	04/02/2018- 06/17/2018	06/18/2018- 08/31/2018
<b>Prof 1: Inicio temprano de estudiantes principales</b>		07/24/2017- 12/31/2017	01/01/2018- 04/01/2018	04/02/2018- 06/17/2018	06/18/2018- 07/31/2018

	<b>Inicio temprano</b>	<b>Periodo de otoño</b>	<b>Periodo de invierno</b>	<b>Periodo de primavera</b>	<b>Periodo de verano</b>
<b>Prof 2 - Programas prof.</b>		09/13/2017- 12/31/2017	01/01/2018- 04/01/2018	04/02/2018- 06/17/2018	06/18/2018- 09/11/2018
<b>Prof 3: SOM 1.º y 2.º - Plan de estudios de Bridges</b>		07/31/2017- 12/31/2017	01/01/2018- 04/01/2018	04/02/2018- 06/17/2018	06/18/2018- 07/31/2018
<b>Prof 4: SOM 3.º - 4.º</b>		09/01/2017- 12/31/2017	01/01/2018- 04/01/2018	04/02/2018- 06/17/2018	06/18/2018- 08/31/2018
<b>Prof 5: DPT 2016-19</b>					06/08/2018- 09/11/2018
<b>Prof 6: MSTP - Plan de estudios de Bridges</b>					06/18/2018- 07/31/2018

Ponte en contacto con Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes si tienes preguntas acerca de los periodos de cobertura.

# Elegibilidad e inscripción: incorporación de Afiliados

En esta sección encontrará información sobre quiénes son elegibles para la cobertura conforme a este plan y en qué momentos puedes incorporar Afiliados a tu cobertura. A continuación se describen de manera general los requisitos de elegibilidad. Para obtener información más específica, ponte en contacto con el centro de Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes.

## Estado de elegibilidad

### El Estudiante asegurado

Para reunir los requisitos para afiliarse, la persona debe tener el derecho de participar en el Plan de beneficios.

### Estudiantes asegurados

1. Todos los alumnos locales e internacionales registrados, incluidos los alumnos que se registraron sin estar presentes en la Universidad de California en San Francisco están automáticamente inscritos en el UC SHIP.

**Nota:** Un estudiante puede eximir la afiliación al Plan durante el periodo específico de exención, al brindar la evidencia 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 completar nuevamente en el periodo de exención durante el inicio de cada periodo de otoño del año académico. También están disponibles las solicitudes de exención para cada periodo académico dentro de un año. Se puede obtener más información sobre la exención de afiliación al Plan mediante Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes.

### Estudiantes elegibles no registrados

1. Los siguientes tipos de individuos podrán afiliarse voluntariamente como Estudiantes asegurados:
  - a. Todos los estudiantes graduados no registrados de la Universidad de California que soliciten el estado de la tarifa y que estén trabajando bajo el auspicio de la Universidad de California, según lo determine el campus pero que no están cursando. Los estudiantes que soliciten el estado de la tarifa podrán adquirir cobertura del Plan por un máximo de un trimestre; para esto, deben contactarse con Wells Fargo Insurance Services al 1-800-853-5899. 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 o, si el estudiante eximió la afiliación al Plan, brindar la evidencia de pérdida involuntaria de la cobertura utilizada para obtener la exención.
  - b. Todos los estudiantes no registrados de la Universidad de California, según lo determine el campus, que están en una situación de excedencia aprobada. Estos estudiantes podrán adquirir cobertura del Plan por un máximo de dos trimestres. 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 o, si el estudiante eximió la afiliación al Plan, brindar la evidencia de pérdida involuntaria de la cobertura utilizada para obtener la exención. Estos estudiantes deben contactarse con Wells Fargo Insurance Services al 1-800-853-5899 para poder afiliarse.
  - c. Todos los ex estudiantes de la Universidad de California que hayan obtenido recientemente su diploma en la UC (graduados) durante el periodo que precede inmediatamente al periodo por el cual quieren adquirir cobertura. Siempre y cuando estas personas hayan estado afiliadas al Plan el periodo anterior, podrán adquirir cobertura del Plan por un máximo de un semestre o trimestre. Estas personas deben contactarse con Wells Fargo Insurance Services al 1-800-853-5899 para poder afiliarse.
  - d. 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 las personas que no son estudiantes inscritos, pero son estudiantes becados y/o investigadores que participan en un programa académico aprobado o reconocido por el campus. Cada participante debe presentar la aprobación oficial de un representante del programa campus.

## Dependientes

### Dependientes elegibles

1. Los siguientes tipos de Dependientes de Estudiantes asegurados podrán afiliarse voluntariamente al Plan:
  - **Cónyuge:** Cónyuge que se haya casado legalmente con el Estudiante asegurado.
  - **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) 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 cumplen con los requisitos para recibir beneficios del Seguro Social según la edad.
  - **Hijo:** 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 el padre del niño.
    - Un 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 lleva a cabo la colocación.
    - 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.
    - Niño bajo tutela: Un niño 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 niño bajo tutela se podrá extender de acuerdo con la disposición para Dependientes que no sean menores, acorde a su definición de la sección 11400(v) del Código Asistencial e Institucional de California.
    - Un niño 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. Un hijo adulto Dependiente se considera mayormente dependiente de alguien para recibir apoyo y manutención si reúne los requisitos para ser clasificado como tal a los fines del impuesto federal sobre la renta.

**Nota: Si ambos padres del estudiante 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 las evidencias del estado de sus Dependientes cuando los afilian al Plan. La evidencia se solicita una vez por año en inglés o traducida al inglés. Se aceptarán los siguientes documentos:
  - Para el Cónyuge, el certificado de casamiento.
  - 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.
  - Para un hijo biológico, un certificado de nacimiento que muestre que el estudiante es el padre o la madre del niño.
  - 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.
  - 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.
  - 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.
  - Para un niño 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 al Administrador de reclamaciones una copia de cualquier documento legal en el que se te concede la tutela de dicho hijo. Esto se debe brindar en inglés o traducido al inglés.

## Tipos de cobertura

El Administrador del Plan indicará los tipos de cobertura disponibles para los Estudiantes asegurados y los Dependientes elegibles al momento de la afiliación.

## Periodo de inscripción

Los estudiantes registrados no necesitan enviar sus solicitudes por escrito. La Universidad de California llevará el registro de todos los estudiantes inscriptos en cada periodo académico y los afiliará automáticamente para la cobertura para este Plan cada periodo académico. Los estudiantes que brinden pruebas de que tienen otra cobertura médica que reúne los requisitos de la Universidad podrán aplicar para eximir la afiliación al Plan.

Los estudiantes que involuntariamente pierdan su otra cobertura médica durante el Periodo de cobertura deben notificarle a Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes de su campus mediante una carta oficial escrita sobre la finalización de la prestadora de cobertura médica anterior. Estos estudiantes serán afiliados al UC SHIP a partir de la fecha de su pérdida involuntaria de la otra cobertura si le notifican a Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes dentro de los 31 días a partir de la pérdida. 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 afiliaciones que se realicen después del inicio del Periodo de cobertura.

**Los estudiantes no registrados y los Dependientes elegibles que se afilien de forma voluntaria deben enviar una solicitud de afiliación para cada periodo de cobertura académico.** Las solicitudes de Afiliación deben recibirse dentro de los 30 días a partir del comienzo del periodo de cobertura. La cobertura comenzará el primer día de ese periodo. **La Afiliación no se continuará al próximo periodo de cobertura (periodo académico), a menos que se reciba una nueva solicitud. No se enviará un recordatorio de reafiliación.**

Para afiliar a un Dependiente, debes contactarte con la división de Atención al cliente de Wells Fargo Insurance Services al 800-853-5899. Tus Dependientes deben reunir todos los requisitos de elegibilidad para Dependientes establecidos por el Administrador del Plan, y ser uno de los siguientes.

Los Dependientes de los estudiantes cubiertos se pueden afiliar, fuera de un periodo de afiliación para un periodo de cobertura especial, dentro de los 31 días calendario para 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 el Certificado de Pareja doméstica registrada con el estado de California, 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 afiliación al UC SHIP.
6. Para un niño cubierto en virtud de una orden de la corte, la fecha en que la corte ordena que el niño esté cubierto.

**Los estudiantes no registrados y los Dependientes elegibles deben contactarse con Wells Fargo Insurance Services al 1-800-853-5899 para poder afiliarse.**

**Nota importante con respecto a los niños recién nacidos.** Si el estudiante ya tiene cobertura, cualquier niño recién nacido del estudiante estará cubierto por los beneficios del estudiante a partir de su nacimiento, si se le notifica sobre el nacimiento a Anthem Blue Cross dentro de los 31 días. La cobertura estará vigente por 31 días conforme al Plan de cobertura del progenitor, sin costos adicionales para el estudiante.

Para obtener cobertura continuada para el recién nacido luego de esos 31 días descritos en el párrafo anterior, el progenitor debe afiliar al recién nacido como un Dependiente del UC SHIP dentro de los 31 días a partir de la fecha de nacimiento. El estudiante debe contactarse con Wells Fargo Insurance Services para afiliar al niño como un Dependiente. Su número de Atención al cliente es 1-800-853-5899.

## **Periodos de Afiliación especial**

Si un Suscriptor o Dependiente no solicita la cobertura cuando es elegible por primera vez, podrá unirse al Plan si reúne las condiciones para la Afiliación especial. El estudiante o Dependiente debe solicitar la Afiliación especial dentro de los 31 días posteriores al evento calificador.

La Inscripción especial está disponible para los siguientes individuos elegibles:

- Aquellos que hayan perdido la elegibilidad en un plan de salud anterior por razones que no estén relacionadas con la falta de pago de la prima o por fraude o declaración falsa intencional de hechos importantes.
- Agotaron sus beneficios de la ley COBRA o se finalizaron las contribuciones del Administrador del Plan para la cobertura.
- Aquellos que hayan perdido la contribución del empleador para el costo de la otra cobertura.
- Ya reúnen los requisitos de cobertura por motivos de matrimonio, pareja doméstica, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

## **No discriminación**

No se negará la inscripción a ninguna persona que reúna los requisitos por el estado de salud, las necesidades de atención médica, la información genética, la información médica previa, la discapacidad, la orientación o identidad sexual, el sexo o la edad.

## **Declaraciones y formularios**

Todos los Afiliados deben completar los formularios o las declaraciones que el Plan solicite de manera razonable.

Los derechos de obtener beneficios conforme a este Plan están sujetos a la condición de que toda la información que se proporcione sea verdadera, correcta y esté completa. Cualquier declaración falsa que haga puede dar lugar a la finalización de la cobertura según se estipula en la sección "Finalización y continuación de la cobertura". Sin embargo, esta salvedad no se aplica a las tergiversaciones fraudulentas.

## Cómo funciona tu Plan

**SI ESTÁS AFILIADO A ESTE PLAN COMO ESTUDIANTE Y NECESITAS CUIDADOS MÉDICOS QUE NO SEAN DE EMERGENCIA O URGENCIA, PRIMERO DEBES DIRIGIRTE A LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y SALUD PARA ESTUDIANTES PARA RECIBIR TRATAMIENTO DURANTE SU HORARIO REGULAR DE ATENCIÓN. LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y SALUD PARA ESTUDIANTES TE AYUDARÁN A LOCALIZAR PROVEEDORES Y TE DARÁN REMISIONES A PROVEEDORES MÉDICOS CUANDO NECESITES CUIDADOS ADICIONALES O UN ESPECIALISTA. LOS DEPENDIENTES CUBIERTOS DEBEN SOLICITAR CUIDADO DE PROVEEDORES QUE NO SEAN DEL CAMPUS.**

El Centro de Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes (SHCS) es el hogar médico del estudiante. Puedes elegir a un Proveedor de los que ofrece Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes para recibir los cuidados primarios, de bienestar y de especialidad, así como otros servicios. Tu Proveedor de SHCS diagnosticará y tratará la mayoría de las enfermedades, coordinará tu cuidado de la salud y proporcionará una Remisión si necesitas recibir cuidado fuera de SHS. Si obtienes una Remisión, elegirás entre Proveedores de UC Family, Proveedores de la red o Proveedores fuera de la red. *Revisa los beneficios que se detallan en este Folleto de beneficios para determinar cuál es la opción más redituable para ti.*

Las remisiones se realizan a discreción exclusiva y absoluta de SHCS. La remisión no garantiza el pago o la cobertura, y se puede aplicar tu Deducible, Copago o Coseguro. Los servicios que recibes deben ser Necesarios por motivos médicos y un beneficio cubierto según este Plan. Excepciones: no se necesita una Remisión para obtener cuidados de emergencia o urgencia, o servicios de un pediatra, un obstetra o un ginecólogo.

**SI UN ESTUDIANTE RECIBE CUIDADOS MÉDICOS SIN UNA REMISIÓN PREVIA DE SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y SALUD PARA ESTUDIANTES, LOS GASTOS NO ESTARÁN CUBIERTOS.**

**NO SE NECESITA UNA REMISIÓN PARA OBTENER BENEFICIOS PEDIÁTRICOS DENTALES Y DE LA VISTA PARA AFILIADOS MENORES DE 19 AÑOS CUBIERTOS POR EL UC SHIP.**

**Nota:** Los **Dependientes adultos** deben obtener una Remisión para obtener cuidados fuera de SHCS. Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes (SHS) del campus no brinda servicios médicos, farmacéuticos, dentales y de la vista para hijos Dependientes cubiertos. Los hijos dependientes cubiertos pueden acceder a los servicios médicos que preste cualquier profesional sanitario o Centro de cuidado de la salud fuera del campus; y elegir Proveedores fuera de la red, dentro de la red o de UC Family. *Revisa los beneficios que se detallan en este Folleto de beneficios para determinar cuál es la opción más redituable para ti.*

### Servicios de red

Tu Plan es un plan PPO. El Plan se divide en dos grupos de beneficios: UC Family, de la red y fuera de la red. Si eliges un Proveedor de UC Family o un Proveedor de la red, pagarás menos gastos de bolsillo, como Copagos, Deducibles y Coseguro. Si utilizas servicios de un Proveedor fuera de la red, tendrás que pagar más gastos de bolsillo.

Cuando recibe servicios de un Proveedor de UC Family o un Proveedor de la red, o recibe cuidados como parte de un Servicio autorizado, los Servicios cubiertos estarán cubiertos al nivel de la red. El Administrador de reclamaciones es el único autorizado para determinar la Necesidad por motivos médicos del servicio. Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes requiere que se realicen remisiones para consultar a un Especialista de la red, incluidos los Proveedores de salud del comportamiento. **Eso no se aplica para cuidados de emergencia o urgencia, pediatría, obstetricia o ginecología. Los cinco sistemas de salud de la Universidad de California, incluidos los hospitales, otros centros médicos y los Proveedores profesionales asociados han acordado tarifas con descuentos especiales para los afiliados del UC SHIP.**

**UC Family** es una red compuesta por médicos y centros médicos de la Universidad de California. Los cinco Sistemas de salud de la UC acordaron aceptar tarifas con descuento, eximir de pago el Deducible por Año de beneficios y aceptar Copagos y Coseguros más bajos para ciertos servicios y suministros.

Los **Proveedores de la red** incluyen varios tipos de "Proveedores de la red" que tienen contrato con el Administrador de reclamaciones para brindarte cuidado. Estos Proveedores se llaman "Proveedores de la red" porque han acordado participar en el programa de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) del Administrador de reclamaciones, cuyo nombre es Prudent Buyer Plan. Los Proveedores de la red han acordado tarifas que aceptarán como reembolso por los Servicios cubiertos. Por lo general, el costo de los beneficios que se brinden conforme a este Plan serán más bajos si utilizas Proveedores de la red en vez de Proveedores fuera de la red. Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes requiere que se realicen remisiones para realizar consultar a un Especialista de la red, incluidos los Proveedores de salud del comportamiento. **Eso no se aplica para cuidados de emergencia o urgencia, pediatría, obstetricia o ginecología. Los cinco sistemas de salud de la Universidad de California, incluidos los hospitales, otros centros médicos y los Proveedores profesionales asociados han acordado tarifas con descuentos especiales para los afiliados del UC SHIP.**

Luego de recibir la Remisión para ver a un médico, llama a su consultorio:

- Infórmale que eres Afiliado de Anthem.
- Ten tu Tarjeta de identificación de Afiliado a mano. En el consultorio del Médico, podrían solicitarte tu número de grupo o de identificación de Afiliado.
- Diles el motivo de tu visita.

Cuando vayas al consultorio, asegúrate de llevar tu Tarjeta de identificación de Afiliado.

Para servicios prestados por proveedores de la red:

1. No deberás presentar ninguna reclamación. Los Proveedores de la red presentarán las reclamaciones por ti para los Servicios cubiertos. (Igualmente, deberá pagar cualquier Coseguro, Copago o Deducible que se aplique). Es posible que tus Proveedores de la red te envíen una factura por los Servicios no cubiertos que recibas o si no actuaste en conformidad con los términos de este Folleto de beneficios.
2. El Proveedor de la red realizará la Certificación previa. Consulta la sección "Solicitud de aprobación de beneficios" para obtener más información.

Lee la sección "Pago de reclamaciones" para obtener más información sobre los Servicios autorizados.

**Nota:** El pago de las reclamaciones para Sala de emergencias está sujeto a revisión por parte del Administrador de reclamaciones. El Administrador de reclamaciones toma la decisión final acerca de si los servicios se brindaron para una Emergencia.

Los **Hospitales contratados y los Hospitales no contratados** son otro tipo de Proveedores de servicios. Son diferentes a un Hospital que es un Proveedor de la red. El Administrador de reclamaciones tiene contrato con la mayoría de los hospitales de California para obtener ciertas ventajas para los pacientes cubiertos del Plan. Si bien solo algunos hospitales son Proveedores de la red, se invita a todos los hospitales elegibles de California a ser Hospitales contratados y la mayoría (más del **90 %**) acepta. **Para aquellos que no aceptan (denominados Hospitales no contratados), hay una multa considerable para los beneficios de tu Plan.**

## Servicios y beneficios fuera de la red

Los servicios que no se reciban de un Proveedor de la red o como parte de un Servicio autorizado, se considerarán Servicios fuera de la red, a menos que se establezca lo contrario en este Folleto de beneficios. Debes obtener una Remisión por parte de Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes para recibir tratamiento de un Proveedor fuera de la red.

Para acceder a los servicios prestados por un Proveedor fuera de la red:

1. El Proveedor fuera de la red puede cobrarte la diferencia entre su factura y el Monto máximo aprobado del Plan más cualquier Deducible o Coseguro/Copago.
2. Es posible que tenga montos de distribución de costos más altos (es decir, Deducibles, Coseguro o Copagos).
3. Tendrá que pagar los servicios que no son Necesario por motivos médicos.
4. Tendrás que pagar los Servicios no cubiertos.
5. Quizá tenga que presentar reclamaciones.
6. Debe asegurarse de que se realice toda Certificación previa necesaria. Consulta la sección “Solicitud de aprobación de beneficios” para obtener más información.

**Nota:** El pago de las reclamaciones para Sala de emergencias está sujeto a revisión por parte del Administrador de reclamaciones. El Administrador de reclamaciones toma la decisión final acerca de si los servicios se brindaron para una Emergencia.

**Servicios de emergencia prestados por Proveedores fuera de la red.** Los Proveedores fuera de la red pueden enviarte una factura y cobrar el monto del cargo del Proveedor fuera de la red que exceda el Monto máximo aprobado para este Plan. Debes pagar la diferencia entre el Monto máximo aprobado y el monto que cobra el Proveedor fuera de la red. Este monto puede ser importante. Si recibes una factura, ponte en contacto con la oficina de seguros de Servicios de Salud para Estudiantes del campus al 1-415-476-1281, para obtener información o asistencia adicional. Los Dependientes cubiertos deben contactar al Administrador de reclamaciones al número que aparece en tu Tarjeta de identificación para obtener información o asistencia adicional.

## Cómo encontrar un Proveedor dentro de la red

Existen tres maneras en las que puedes averiguar si un Proveedor o Centro de salud se encuentra en la red del Administrador de reclamaciones. También puedes averiguar dónde se encuentran y los detalles sobre su licencia o capacitación.

- Consulta el directorio de Proveedores de la red de tu Plan en [www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca), elige UC SHIP, que detalla los Médicos, Proveedores e Instalaciones que participan en la red de este Plan.
- Llama a Servicios para afiliados a fin de solicitar una lista de Médicos y Proveedores que participan en la red de este Plan, según el área geográfica y la especialidad.
- Consulta a tu médico o proveedor.

Ten en cuenta que no todos los Proveedores de la red ofrecen todos los servicios. Por ejemplo, algunos laboratorios hospitalarios no forman parte de nuestra Red de laboratorios de referencia. En esos casos, tendrás que ir a un laboratorio que esté en la Red de laboratorios de referencia para obtener beneficios de la red. Llama a Servicios para afiliados antes de recibir servicios para obtener más información.

Si necesitas detalles sobre las licencias o la capacitación de un Proveedor, o si necesitas ayuda para elegir el Médico que sea adecuado para ti, llama al número de Servicios para afiliados que aparece en el dorso de tu Tarjeta de identificación de afiliado. Tenemos a tu disposición el servicio de líneas TTY/TDD marcando el 711. Un operador especial se pondrá en contacto con el Administrador de reclamaciones para ayudarte con tus necesidades.

Ten en cuenta que Anthem tiene muchas redes, asegúrate de elegir la red del UC SHIP cuando elijas un Proveedor.

## Acceso oportuno al cuidado

Anthem tiene contrato con Proveedores de servicios de cuidado de la salud para brindarte Servicios cubiertos acordes a tu enfermedad y a una buena práctica profesional. Anthem garantiza que sus redes de Proveedores contratados tienen la capacidad y disponibilidad para ofrecer citas acordes a los siguientes periodos de tiempo:

- **Citas de Cuidados de urgencia para servicios que no necesitan autorización previa:** en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas a partir de la solicitud de una cita.
- **Citas de Cuidados de urgencia para servicios que necesitan autorización previa:** en un plazo de cuarenta y ocho (96) horas a partir de la solicitud de una cita.
- **Citas que no sean de urgencia para cuidados primarios:** en un plazo de diez (10) días hábiles a partir de la solicitud de una cita.
- **Citas que no sean de urgencia con especialistas:** en un plazo de quince (15) días hábiles a partir de la solicitud de una cita.

**Si un Proveedor decide que el tiempo de espera para una cita se puede extender sin que genere un impacto importante en tu salud, el Proveedor podrá programar la cita para una fecha posterior que las que se detallan arriba.**

Anthem coordina triajes telefónicos o servicios de examen de detección para ti las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana con un tiempo de espera inferior a los treinta (30) minutos. Si Anthem celebra un contrato con un Proveedor para triaje telefónico o servicios de examen de detección, el Proveedor utilizará un teléfono contestador o un servicio de contestador o personal administrativo, durante y después del horario de atención, para informarte acerca del tiempo de espera para que el Proveedor te devuelva la llamada, cómo el Afiliado puede obtener cuidados de urgencia o servicios de emergencia, o cómo contactar a otro Proveedor que está en llamada para brindar un triaje telefónico o servicios de examen de detección.

Si necesitas los servicios de un intérprete, estos se coordinarán para las citas programadas y no ocasionarán demoras en las citas con los Proveedores de la red.

## El programa BlueCard

Al igual que todos los Planes de Blue Cross and Blue Shield de todo el país, el Administrador de reclamaciones forma parte de un programa llamado "BlueCard", que te proporciona servicios cuando te encuentras fuera del Área de servicios. Para obtener más información sobre este programa, consulta "Acuerdos entre planes" de la sección "Pago de reclamaciones".

## Tarjeta de identificación

El Administrador de reclamaciones le dará una Tarjeta de identificación electrónica a cada Afiliado inscripto en el Plan. Cuando reciba atención, debes mostrar tu Tarjeta de identificación. Solo los Afiliados cubiertos tienen derecho a recibir servicios de este Plan. Si una persona recibe servicios o beneficios para los que no está autorizada según los términos de este Folleto de beneficios, deberá pagar el costo real de los servicios.

Hay disponible una aplicación de salud que le permite a los afiliados del UC SHIP y sus Dependientes acceder a Tarjetas de identificación del Plan e información de los beneficios desde sus dispositivos móviles. Para obtener más información sobre estos servicios, ponte en contacto con Servicios para afiliados del UC SHIP al 1-866-940-8306 o descarga la aplicación desde el [App Store](#) o [Google play](#) (mobilehealthconsumer/student) para descargar la aplicación StudentHealth. Una vez que tengas la aplicación, sigue estos tres pasos para registrarte:

1. Ingresa tu nombre, apellido, número de identificación de estudiante y fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa); y luego ve a la siguiente pantalla.
2. En la siguiente pantalla, llamada Credenciales, observa tu nombre de usuario asignado. Por lo general, tu nombre de usuario es "nombre.apellido", pero si otro estudiante del sistema de la UC tiene el mismo nombre, se te asignará un nombre de usuario con el número "1", "2", etc., después de este.
3. Crea una contraseña que tenga al menos seis caracteres y que incluya una letra y un número.

No puedes permitir que otra persona que no seas tú o tus dependientes utilice tu Tarjeta de identificación del Plan para obtener servicios.

## Lista de beneficios

En esta sección, encontrarás una descripción de los beneficios incluidos en tu Plan y un resumen de cualquier Deducible, Coseguro y Copago que debas pagar. También figuran los límites o montos máximos de Año de beneficios. Lee la sección “Lo que está cubierto” para obtener más información sobre los Servicios cubiertos del Plan. Lea la sección “Lo que no está cubierto” para obtener información sobre los Servicios excluidos.

Todos los Servicios cubiertos están sujetos a las condiciones, las exclusiones, las limitaciones y los términos de este Folleto de beneficios, incluidas todas las aprobaciones, enmiendas o cláusulas.

**Para recibir el mayor nivel de beneficios al menor costo de bolsillo, debes obtener los Servicios cubiertos de un Proveedor de la red.** Los beneficios de los Servicios cubiertos se basan en el Monto máximo aprobado, que es el monto máximo que el Plan permitirá para un Servicio cubierto. Cuando recibe servicios de un Proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre el cargo facturado por el Proveedor fuera de la red y el Monto máximo aprobado, además de cualquier Coseguro, Copago, Deducible y cargo no cubierto. Este monto puede ser considerable. Lea la sección “Pago de reclamaciones” para obtener más información.

Ciertos servicios requieren autorización previa para que se puedan brindar los beneficios. Los Proveedores de la red iniciarán la revisión en tu nombre. Un Proveedor fuera de la red puede o no iniciar la revisión por ti. En ambos casos, tú eres el responsable de iniciar el proceso y pedirle al Médico que solicite la autorización previa. También puedes llamar a Anthem directamente. Consulta la sección “Solicitud de aprobación de beneficios” para obtener más información.

Los Deducibles, Coseguros y Montos máximos del Año de beneficios se calculan sobre la base del Monto máximo aprobado y no según los cargos facturados por el Proveedor.

**Los beneficios de salud esenciales prestados acorde a este Folleto de beneficios no están sujetos a los montos máximos en dólares anuales o de por vida. Sin embargo, determinados beneficios de salud no esenciales están sujetos a un monto máximo en dólares o de por vida.**

**La ley federal define los beneficios de salud esenciales, los cuales hacen referencia a los beneficios de, al menos, las siguientes categorías:**

- **Servicios para pacientes ambulatorios;**
- **Servicios de emergencia;**
- **Hospitalización;**
- **Atención médica para madres y recién nacidos.**
- **Servicios para trastornos de salud mental y abuso de sustancias, incluido el tratamiento de salud del comportamiento.**
- **Medicamentos recetados.**
- **Servicios y dispositivos de recuperación de las habilidades y rehabilitación.**
- **Servicios de laboratorio;**
- **Servicios preventivos y de bienestar.**
- **Servicios pediátricos y de control de enfermedades crónicas, incluida la atención médica odontológica y oftalmológica.**

**Dichos beneficios deben concordar con los establecidos conforme a la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible de 2010, y cualquier reglamentación promulgada conforme a esta.**

Deducible por año del plan	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
Por afiliado	Ninguno	\$200	\$750
Por familia (todos los otros afiliados combinados)	Ninguno	\$400	\$1,500
<p>Todos los servicios médicos y suministros recibidos por afuera de Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes o de UC Family que están cubiertos por este Plan están sujetos al Deducible por Año de beneficios, a menos que se indique lo contrario.</p> <p>Los Deducibles de la red y fuera de la red no se combinan. Los montos que pagas por el Deducible de la red no se aplicarán para el Deducible fuera de la red y viceversa.</p> <p>Cuando aplique el Deducible, debes pagarlo antes de que comiencen los beneficios. Consulta las secciones a continuación para saber cuándo se aplica el Deducible.</p> <p>El Deducible no incluye las multas ocasionadas por no conseguir la Certificación previa.</p> <p>El Deducible por Año de beneficios no se aplicará para los beneficios de medicamentos recetados para tu Plan de medicamentos recetados de OptumRx. Para obtener información adicional, ponte en contacto con OptumRx al número 1-844-265-1879 o visita <a href="http://www.optumrx.com">www.optumrx.com</a>.</p> <p>Hay un Deducible dental pediátrico por separado. Consulta la sección “Servicios dentales pediátricos” para obtener más información.</p>			

Coseguro	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
Plan Pays	95 %	90 %	60 %
El afiliado paga	5 %	10 %	40 %
<p>Recordatorio: Tu Coseguro se basará en el Monto máximo aprobado. Si recibes servicios de un Proveedor fuera de la red, es posible que debas pagar un Coseguro más la diferencia entre el cargo facturado por el Proveedor fuera de la red y el Monto máximo permitido.</p> <p><b>Nota:</b> El Coseguro detallado arriba puede no aplicarse a todos los beneficios, y algunos beneficios pueden tener un Coseguro distinto. Consulta el resto de esta Lista para obtener más detalles.</p>			

<b>Límite de gastos de bolsillo</b>	<b>UC Family</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
Por afiliado	\$2,000	\$3,000	\$6,000
Por familia (todos los otros afiliados combinados)	\$4,000	\$6,000	\$12,000

El Límite de gastos de bolsillo incluye todos los Deducibles, Coseguros y Copagos médicos, de medicamentos recetados, y dentales pediátricos y de la vista cubiertos que tú pagas durante un Año de beneficios, a menos que se indique lo contrario a continuación. No incluye los cargos que superen el Monto máximo aprobado ni los montos que pagas por los Servicios no cubiertos. No incluye las multas ocasionadas por no conseguir la Certificación previa.

Una vez que se alcance el Límite de gastos de bolsillo, no deberás pagar ningún Deducible, Coseguro ni Copago adicional por el resto del Año de beneficios.

Los Límites de gastos de bolsillo de UC Family, de la red y fuera de la red son independientes y no se acumulan entre sí.

Nota: Cualquier Copago o Coseguro que pagues por tu beneficio de medicamentos recetados se aplicará para tu Límite de gastos de bolsillo de servicios médicos y de Medicamentos recetados. Para obtener información adicional, ponte en contacto con OptumRx al número 1-844-265-1879 o visita [www.optumrx.com](http://www.optumrx.com).

## Aviso importante sobre tus costos compartidos

Para algunos Servicios cubiertos, y según el diseño de tu Plan, es posible que tengas que pagar todo o una parte del Monto máximo aprobado como tu monto de costos compartidos (Deducibles, Coseguro o Copagos). Tu monto de costo compartido puede variar si recibiste Servicios cubiertos de un Proveedor de la red (incluido un Proveedor de UC Family) o de un Proveedor fuera de la red. Concretamente, quizás debas pagar un monto de costos compartidos mayor o puedas tener límites en tus beneficios si utilizas Proveedores fuera de la red. Consulta la sección “Lista de beneficios” para conocer tus obligaciones y limitaciones con respecto a los costos compartidos, o llama al número de Servicios para afiliados que aparece en tu Tarjeta de identificación para saber cómo pueden variar los beneficios o el monto de costos compartidos de este Plan según el tipo de Proveedor que utilices.

El Administrador de reclamaciones no reembolsará ningún servicio no cubierto. Puedes tener que pagar el costo total facturado por tu Proveedor para los servicios no cubiertos, independientemente de si dichos servicios son prestados por un Proveedor de la red o un Proveedor fuera de la red. Los servicios no cubiertos incluyen servicios expresamente excluidos de la cobertura según los términos de tu plan y los servicios recibidos tras haber agotado los beneficios. Los beneficios pueden agotarse, por ejemplo, si se exceden los máximos de beneficios médicos o los límites de días/visitas.

En algunos casos, cuando recibas servicios de un Proveedor fuera de la red, deberás pagar solamente el porcentaje de costos compartidos del Proveedor de la red más bajo. Por ejemplo, si vas a un Hospital o Centro de la red y recibes Servicios cubiertos de un Proveedor fuera de la red, como un radiólogo, anesthesiólogo o patólogo que brinda servicios en ese Hospital o Centro, tú pagarás el porcentaje de costos compartidos del Proveedor de la red del Monto máximo aprobado para esos Servicios cubiertos. Sin embargo, también podrías tener que pagar la diferencia entre el Monto máximo aprobado y el cargo del Proveedor fuera de la red, denominado “Facturación del saldo”.

**Servicios de emergencia prestados por Proveedores fuera de la red.** Los Proveedores fuera de la red pueden enviarte una factura y cobrar el monto del cargo del Proveedor fuera de la red que exceda el Monto máximo aprobado para este Plan. Debes pagar la diferencia entre el Monto máximo aprobado y el monto que cobra el Proveedor fuera de la red. Este monto puede ser importante. Si recibes una factura, ponte en contacto con la oficina de seguros de Servicios de Salud para Estudiantes del campus al 1-415-476-1281, para obtener información o asistencia adicional. Los Dependientes cubiertos deben contactar al Administrador de reclamaciones al número que aparece en tu Tarjeta de identificación para obtener información o asistencia adicional.

**Reducción del Monto máximo aprobado para Hospitales no contratados.** Un pequeño porcentaje de los hospitales que son Proveedores fuera de la red son también Hospitales no contratados. A excepción del Cuidado de emergencia, el Monto máximo aprobado **se reduce un 25 %** para todos los servicios y suministros prestados por Hospitales no contratados. Deberás pagar esta cantidad. Te recomendamos buscar cuidados en un hospital contratado para evitar estos gastos adicionales. **Puedes llamar al número de Servicio de Atención al Cliente que aparece en tu Tarjeta de identificación para localizar un Hospital contratado.**

Las tablas que figuran a continuación describen los Servicios cubiertos por el Plan y los costos compartidos que debes pagar. En muchos puntos verás el siguiente mensaje: “Los beneficios dependen del ámbito en el cual se reciban los Servicios cubiertos”. En estos casos, debes determinar dónde recibirás el servicio (por ejemplo, en el consultorio del médico, en un Centro para pacientes ambulatorios de un hospital, etc.) y buscar ese lugar para averiguar cuál será tu costo compartido. Por ejemplo, puede recibir terapia física en el consultorio del médico, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o mientras está internado en el hospital. Para averiguar sobre los servicios en el consultorio, consulta “Visitas al consultorio”. Para averiguar sobre los servicios en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, consulte “Servicios en centro para pacientes ambulatorios”. Para averiguar sobre los servicios durante una internación, consulte “Servicios para pacientes internados”.

## Distribución de costos del afiliado

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Acupuntura</b>			
Consulta "Servicios de terapia"			
<b>Servicios para alergias</b>			
	5 % de coseguro	10 % de coseguro después del Deducible	40 % de coseguro después del Deducible
<b>Servicios de ambulancia (aéreos o marítimos)</b>			
Sin Copago ni Coseguro			
Los Proveedores fuera de la red también pueden facturarte cualquier cargo que supere el Monto máximo aprobado del Plan.			
<b>Nota importante:</b> Los servicios de Ambulancia aérea para el transporte de un Hospital a otro en casos que no son de emergencia se deben aprobar a través de una certificación previa. Consulta la sección "Solicitud de aprobación de beneficios" para obtener información.			
<b>Servicios de ambulancia (terrestres)</b>			
Coseguro del 10% después del deducible dentro de la red			
Los Proveedores fuera de la red también pueden facturarte cualquier cargo que supere el Monto máximo aprobado del Plan.			
<b>Nota importante:</b> Todos los servicios de Ambulancia terrestre programados para los transportes que no son de emergencia, salvo aquellos traslados de un centro para enfermos en estado agudo a otro, se deben aprobar a través de una certificación previa. Consulta la sección "Solicitud de aprobación de beneficios" para obtener información.			

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<p><b>Cirugía bariátrica</b></p>			
<p>La cirugía bariátrica está cubierta solamente cuando se lleva a cabo en un Hospital designado o en un Centro de cirugía ambulatoria (Proveedores de BDCSC o UC Family).</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios para pacientes hospitalizados (Hospital designado)</li> </ul>	5 % de coseguro	10 % de coseguro después del Deducible	Sin cobertura
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios en un centro para pacientes ambulatorios (Hospital designado o Centro de cirugía ambulatoria)</li> </ul>	5 % de coseguro	10 % de coseguro después del Deducible	Sin cobertura
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gastos de viaje</li> </ul>	<p>Para una cirugía bariátrica aprobada especificada, que se lleve a cabo en un Hospital designado o en un Centro de cirugía ambulatoria que está a (50) millas o más del lugar de residencia del afiliado, se cubren los siguientes gastos de viaje realizados por el afiliado y/o un acompañante:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Transporte al Hospital designado o al Centro de cirugía ambulatoria para el afiliado. Limitado a tres (3) viajes: una visita prequirúrgica, la cirugía inicial y una visita de seguimiento.</li> </ul>	hasta \$130 por viaje sin Deducible		Sin cobertura
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Transporte al Hospital designado o al Centro de cirugía ambulatoria para el acompañante. Limitado a dos (2) viajes: la cirugía inicial y una visita de seguimiento.</li> </ul>	hasta \$130 por viaje sin Deducible		Sin cobertura
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alojamiento en hotel para el afiliado y un acompañante (para la visita prequirúrgica y la visita de seguimiento). Limitado a una habitación doble.</li> </ul>	hasta \$100 por día durante un máximo de 2 días por viaje o según sea Necesario por motivos médicos. Sin Deducible		Sin cobertura
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alojamiento en hotel para un acompañante (durante el tiempo de la estadía de la cirugía inicial del afiliado). Limitado a una habitación doble.</li> </ul>	hasta \$100 por día durante un máximo de 4 días Sin Deducible		Sin cobertura

<b>Beneficios</b>	<b>UC Family</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros gastos razonables (se excluyen los gastos en tabaco, bebidas alcohólicas, medicamentos y comidas)</li> </ul>	hasta \$25 por día durante un máximo de 4 días por viaje Sin Deducible		Sin cobertura
<b>Nota importante:</b> Los servicios se deben aprobar a través de una Certificación previa. Consulta la sección “Solicitud de aprobación de beneficios” para obtener información.			
<b>Servicios de salud del comportamiento</b>	Consulta “Servicios de salud mental y por abuso de sustancias”		
<b>Quimioterapia</b>	Consulta “Servicios de terapia”		
<b>Servicios de quiropráctica</b>	Consulta “Servicios de terapia”		
<b>Ensayos clínicos</b>	Los beneficios dependen del ámbito en el cual se reciban los Servicios cubiertos.		
<b>Servicios dentales para afiliados de 19 años o más</b>	Los beneficios dependen del ámbito en el cual se reciban los Servicios cubiertos.		
<b>Servicios dentales: servicios dentales pediátricos (afiliados menores de 19 años)</b>	Consulta la lista separada que aparece más adelante en esta sección.		
<b>Equipo y educación para la diabetes</b>	Copago de \$10 por visita	Copago de \$40 por visita Sin Deducible	40 % de coseguro después del Deducible
Los exámenes de detección de diabetes gestacional están cubiertos según lo estipulado en “Cuidado preventivo”.			
<b>Servicios de diagnóstico</b>	5 % de coseguro	10 % de coseguro después del Deducible	40 % de coseguro después del Deducible

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Equipo Médico Duradero (DME), dispositivos médicos, ortótica, prótesis, suministros médicos y quirúrgicos</b> (recibidos de un Proveedor)	5 % de coseguro	10 % de coseguro después del Deducible	40 % de coseguro después del Deducible
<b>Prótesis</b>	5 % de coseguro	10 % de coseguro después del Deducible	40 % de coseguro después del Deducible
<p>Las distribuciones de costos que figuran arriba solo se aplican cuando recibes los equipos o suministros de un Proveedor externo. Si recibe los equipos o suministros como parte de una visita como paciente ambulatorio o en el consultorio, o durante una estadía en un Hospital, los beneficios se basarán en el entorno en el cual recibió los equipos o los suministros cubiertos.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="243 823 906 898">• Audífonos (beneficio de un máximo de un audífono por oído cada cuatro años)</li> </ul>	5 % de coseguro	10 % de coseguro después del Deducible	Sin cobertura
<p><b>Servicios de la sala de emergencias</b></p>			
<p><b>Sala de emergencias</b></p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="243 1192 906 1694">• Cargo del centro por la sala de emergencias</li> </ul>	<p>Copago de \$125 por visita Sin Copago si el paciente es admitido</p> <p>Coseguro del 5 % si el paciente es admitido Consulta “Servicios para pacientes hospitalizados”</p>	<p>Copago de \$125 por visita Sin Deducible</p> <p>Sin Copago si el paciente es admitido</p> <p>Copago de \$250, más Coseguro del 10 % si el paciente es admitido Consulta “Servicios para pacientes hospitalizados”</p>	

<b>Beneficios</b>	<b>UC Family</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo del Médico de la sala de emergencias</li> <li>• Otros cargos del centro (que incluyen radiografías, servicios de laboratorio y suministros médicos para el diagnóstico)</li> <li>• Advanced Diagnostic Imaging (including MRIs, CAT scans)</li> </ul>	<p>Sin Copago ni Coseguro</p> <p>5 % de coseguro</p> <p>5 % de coseguro</p>	<p>Sin Copago, Deducible ni Coseguro</p> <p>10 % de coseguro Sin Deducible</p> <p>10 % de coseguro Sin Deducible</p>	
<p>Los Proveedores fuera de la red también pueden facturarte cualquier cargo que supere el Monto máximo aprobado del Plan. Consulta “Aviso importante sobre tus costos compartidos” para obtener más información (página 24).</p>			
<b>Conservación de la fertilidad</b>		Consulta "Servicios de maternidad y salud reproductiva"	
<b>Servicios de recuperación de las habilidades</b>		Los beneficios dependen del ámbito en el cual se reciban los Servicios cubiertos.	
<b>Hemodiálisis</b>		Consulta “Servicios de terapia”	
<b>Atención médica a domicilio</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas de cuidado de la salud en el hogar (hasta 4 horas cada visita, Dentro y fuera de la red combinado)</li> <li>• Otros servicios/suministros de cuidado de la salud en el hogar</li> </ul>	<p>Sin Copago ni Coseguro</p> <p>Sin Copago ni Coseguro</p>	<p>Sin Copago ni Coseguro</p> <p>Sin Copago ni Coseguro</p>	<p>40 % de Coseguro después del Deducible</p> <p>40 % de Coseguro después del Deducible</p>
<b>Nota importante:</b> Consulta la sección “Solicitud de aprobación de beneficios” para obtener más información.			

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Terapia de infusión a domicilio</b>	Consulta "Servicios de terapia"		
<b>Cuidado de hospicio</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado de la salud en el hogar</li> <li>Hospitalizaciones de relevo</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
Los Proveedores fuera de la red también pueden facturarte cualquier cargo que supere el Monto máximo aprobado del Plan.			
<b>Servicios de trasplantes de órganos y tejidos humanos (médula ósea/células madre)</b>	Consulta el resumen separado que aparece más adelante en esta sección.		
<b>Inmunizaciones</b>			
Consulta "Cuidado preventivo"			
<b>Servicios para pacientes internados</b>			
Nota: No habrá Copagos ni Coseguros por los servicios obtenidos del UCSF Medical Center.			
Cargo por habitación y comida del Centro:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital/Centro de cuidados agudos</li> </ul>	5 % de Coseguro	Copago de \$250 por admisión, más un Coseguro del 10 % después del Deducible	Copago de \$500 por admisión, más un Coseguro del 40 % después del Deducible, más una multa adicional del 25 % por Hospital no contratado*
<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de enfermería especializada</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros servicios/suministros del centro (se incluyen análisis de laboratorio/radiografías, suministros médicos, terapias, anestесias para el diagnóstico)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<p><b>*Multa por hospital no contratado.</b> El Monto máximo aprobado se <b>reduce un 25 %</b> para servicios y suministros prestados por un Hospital no contratado. Esta multa se deducirá del Monto máximo aprobado antes de calcular tu monto de Coseguro, y cualquier pago de beneficios se basará en ese Monto máximo aprobado reducido. Debes pagar este gasto adicional. Esta reducción se eliminará solamente para Servicios de emergencia. Para evitar esta multa, asegúrate de elegir un hospital contratado.</p>			
<p>Servicios médicos por:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado médico general/Evaluación y Administración (E&amp;M) (servicios médicos para médicos que facturan aparte del cargo del hospital)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía (servicios médicos para médicos que facturan aparte del cargo del hospital)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<p><b>Servicios de maternidad y salud reproductiva</b></p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios para pacientes hospitalizadas (parto)</li> </ul>	Consulta "Servicios para pacientes hospitalizados"		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas de maternidad (tarifa global por los servicios de parto del ginecobstetra). Si cambios de Médico durante el embarazo, las tarifas prenatales y posnatales se facturarán por separado.</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas en el consultorio para cuidados prenatales/posnatales               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otros servicios de maternidad (incluidos los servicios de diagnóstico por imágenes, los análisis de laboratorio y los suministros para el diagnóstico)</li> </ul> </li>   <li>• Conservación de la fertilidad (consulta la sección Servicios de maternidad y salud reproductiva en “Lo que está cubierto”)*</li> </ul>	<p>Copago de \$25 por visita inicial. Sin Copago después de la visita inicial. Si obtienes servicios distintos de las consultas en el consultorio para cuidados prenatales, consulta ese ámbito para ver tu Copago/ Coseguro.</p> <p>5 % de Coseguro</p>	<p>Copago de \$25, sin Deducible para la visita inicial. Sin Copago después de la visita inicial. Si obtienes servicios distintos de las consultas en el consultorio para cuidados prenatales, consulta ese ámbito para ver tu Copago/ Coseguro.</p> <p>Copago de \$250 por admisión, más un Coseguro del 10 % después del Deducible</p>	<p>40 % de Coseguro después del Deducible</p> <p>Copago de \$250 por admisión, más un Coseguro del 40 % después del Deducible</p>
<p><b>*Nota importante:</b> Beneficio limitado a un pago máximo de por vida de \$20,000 mientras se está cubierto por UC SHIP. Atención dentro de la red y fuera de la red combinada. Consulta Servicios de maternidad y salud reproductiva en “Lo que está cubiertos” para obtener más información.</p>			
<p><b>Evacuación médica</b></p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todos los Servicios cubiertos, \$50,000 limitados por viaje.</li> </ul>	<p>No corresponde</p>	<p>Sin Copago, Deducible ni Coseguro</p>	

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<p><b>Servicios de salud mental y por abuso de sustancias</b> (incluye tratamiento de salud del comportamiento para el Trastorno generalizado del desarrollo o Autismo)</p>			
<p><b>Servicios para pacientes internados</b></p>			
<p><b>Nota:</b> No habrá Copagos ni Coseguros por los servicios obtenidos del UCSF Medical Center. El costo de los servicios recibidos en el Instituto Psiquiátrico Langley Porter se pagarán como cualquier otro Proveedor para pacientes hospitalizados de UC Family.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios en centros para pacientes internados</li> </ul>	5 % de Coseguro	Copago de \$250 por admisión, más un Coseguro del 10 % Sin Deducible	Copago de \$500 por admisión, más un Coseguro del 40 % Sin Deducible, más un Copago adicional de 25 % por Hospital no contratado*
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios en un Centro de tratamiento residencial</li> </ul>	5 % de Coseguro	Copago de \$250 por admisión, más un Coseguro del 10 % Sin Deducible	Copago de \$500 por admisión, más un Coseguro del 40 % Sin Deducible, más un Copago adicional de 25 % por Hospital no contratado*
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de Proveedores para pacientes hospitalizados (por ejemplo, Proveedores médicos y otros profesionales)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro Sin Deducible	35 % de Coseguro Sin Deducible

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios en un centro para pacientes ambulatorios (programa de hospitalización parcial/programa intensivo para pacientes ambulatorios)</li> </ul>	5 % de Coseguro	Copago de \$250 por admisión, más un Coseguro del 10 % Sin Deducible	Copago de \$500 por admisión, más un Coseguro del 40 % Sin Deducible, más un Copago adicional de 25 % por Hospital no contratado*
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de Proveedores para pacientes ambulatorios (por ejemplo, Proveedores médicos y otros profesionales en un programa de hospitalización parcial/programa intensivo para pacientes ambulatorios)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro Sin Deducible	35 % de Coseguro Sin Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultas en el consultorio (incluye programas intensivos de salud del comportamiento en el hogar) <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento y evaluación individual/grupal de la salud mental</li> <li>Asesoramiento de farmacodependencia individual/grupal</li> <li>Tratamiento médico para los síntomas de abstinencia,</li> </ul> </li> </ul>	Copago de \$5 por visita	Copago de \$15 por visita Sin Deducible	35 % de Coseguro Sin Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas psicoeducativas (beneficio máximo de \$3,000 de por vida para un afiliado mientras esté cubierto por el UC SHIP)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro Sin Deducible	
<p>Los servicios de salud mental y por abuso de sustancias serán cubiertos según lo requieran las leyes estatales y federales. Consulta la “Ley de Paridad de Salud Mental y Adicciones” y la sección de “Avisos federales” para obtener más información.</p>			
<p><b>*Multa por hospital no contratado.</b> El Monto máximo aprobado se <b>reduce un 25 %</b> para servicios y suministros prestados por un Hospital no contratado. Esta multa se deducirá del Monto máximo aprobado antes de calcular tu monto de Coseguro, y cualquier pago de beneficios se basará en ese Monto máximo aprobado reducido. Debes pagar este gasto adicional. Esta reducción se eliminará solamente para Servicios de emergencia. Para evitar esta multa, asegúrate de elegir un hospital contratado.</p>			
<p><b>Terapia ocupacional</b></p>	<p>Consulta “Servicios de terapia”</p>		

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Visitas al consultorio</b>			
Nota: No habrá Copagos por servicios obtenidos del Centro de salud para estudiantes (SHCS).			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médico/Proveedor de cuidados primarios (PCP)</li> </ul>	Copago de \$25 por visita	Copago de \$25 por visita Sin Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médico/Proveedor de cuidados especializados (SCP)</li> </ul>	Copago de \$10 por visita	Copago de \$40 por visita Sin Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Asesoramiento: incluye asesoramiento sobre Planeamiento familiar y nutricional (que no sea por trastornos de la alimentación)</li> </ul>	Copago de \$10 por visita	Copago de \$25 por visita Sin Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Asesoramiento nutricional para trastornos de la alimentación</li> </ul>	Copago de \$10 por visita	Copago de \$25 por visita Sin Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas de alergia</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de laboratorio para diagnóstico preferido (no preventivo); es decir, análisis de laboratorio de referencia.</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografía para diagnóstico (no preventiva)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible

<b>Beneficios</b>	<b>UC Family</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros exámenes de diagnóstico (no preventivos, que incluyen estudios de audición y electrocardiograma)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Advanced Diagnostic Imaging (including MRIs, CAT scans)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía en consultorio</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos recetados administrados en el consultorio (incluye suero para la alergia).</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<b>Aparatos ortopédicos</b>			
		Consulta "Equipo Médico Duradero (DME), Dispositivos médicos y Suministros médicos y quirúrgicos"	
<b>Servicios en un centro para pacientes ambulatorios</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cargos quirúrgicos del centro</li> </ul>	5 % de Coseguro	Copago de \$250 por admisión, más un Coseguro del 10 % después del Deducible	Copago de \$250 por admisión, más un Coseguro del 40 % después del Deducible, más un Coseguro del 25 % por Hospital no contratado*

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de cirugía ambulatoria:</li> </ul>	5 % de Coseguro	Copago de \$250 por admisión, más un Coseguro del 10 % después del Deducible	Copago de \$250 por admisión, más un Coseguro del 40 % después del Deducible, más un Coseguro del 25 % por Hospital no contratado*
<p><b>*Multa por hospital no contratado.</b> El Monto máximo aprobado se <b>reduce un 25 %</b> para servicios y suministros prestados por un Hospital no contratado. Esta multa se deducirá del Monto máximo aprobado antes de calcular tu monto de Coseguro, y cualquier pago de beneficios se basará en ese Monto máximo aprobado reducido. Debes pagar este gasto adicional. Esta reducción se eliminará solamente para Servicios de emergencia. Para evitar esta multa, asegúrate de elegir un hospital contratado.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros cargos quirúrgicos del centro (que incluyen radiografías, servicios de laboratorio y suministros médicos para el diagnóstico)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cargos quirúrgicos del médico</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros cargos del médico (que incluyen, anestesista, patólogo, radiólogo, asistente quirúrgico)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros cargos del centro (para salas de procedimiento u otros servicios auxiliares)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Laboratorio de diagnóstico</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible

<b>Beneficios</b>	<b>UC Family</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografía de diagnóstico</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros exámenes de diagnóstico: Pruebas de audición, electrocardiogramas, etc. (No preventivo)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advanced Diagnostic Imaging (including MRIs, CAT scans)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos recetados administrados en un Centro para pacientes ambulatorios</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<b>Terapia física</b>	Consulta "Servicios de terapia"		
<b>Cuidado preventivo</b>	Sin Copago ni Coseguro	Sin Copago, Deducible ni Coseguro	Sin cobertura
<b>Prótesis</b>	Consulta "Equipo Médico Duradero (DME), Dispositivos médicos y Suministros médicos y quirúrgicos"		
<b>Prueba psicoeducativa</b>	Consulta "Servicios de salud mental y por abuso de sustancias"		
<b>Radioterapia</b>	Consulta "Servicios de terapia"		

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de rehabilitación</b>	Los beneficios dependen del ámbito en el cual se reciban los Servicios cubiertos.		
<b>Repatriación de restos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para todos los Servicios cubiertos, limitado a \$25,000.</li> </ul>	No corresponde	Sin Copago, Deducible ni Coseguro	
<b>Servicios recibidos fuera de Estados Unidos</b>			
<p><b>Nota acerca de viajes de UC:</b> La Universidad proporciona una política de accidentes de viajes para los estudiantes que viajan por motivos relacionados con la Universidad que es administrada por la oficina de UC del presidente, sin costo adicional para los estudiantes. Para obtener más información acerca de este beneficio y para registrarte para el programa, visita:</p> <p><a href="http://www.ucop.edu/risk-services/loss-prevention-control/travel-assistance/">http://www.ucop.edu/risk-services/loss-prevention-control/travel-assistance/</a></p> <p>Ten en cuenta que para recibir asistencia de emergencia fuera del país y usar este beneficio (que incluye evacuación médica y repatriación de restos mientras se trabaja e investiga para la Universidad en un país extranjero) DEBES registrarte antes de tu viaje en el sitio web que figura arriba. El registro es simple y toma menos de 5 minutos.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fuera de los Estados Unidos</li> </ul>	No corresponde	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<b>Centro de enfermería especializada</b>	Consulta "Servicios para pacientes hospitalizados"		
<b>Terapia del habla</b>	Consulta "Servicios de terapia"		
<b>Cirugía</b>	Los beneficios dependen del ámbito en el cual se reciban los Servicios cubiertos.		
<b>Telesalud</b>	Copago de \$10 por visita	Copago de \$40 por visita Sin Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Tratamiento de la articulación temporomandibular y craneomandibular</b>		Los beneficios dependen del ámbito en el cual se reciban los Servicios cubiertos.	
<b>Servicios de terapia</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura (en un consultorio)</li> </ul>	Copago de \$10 por visita	Copago de \$25 por visita Sin Deducible	40 % de coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia quiropráctica/osteopática de manipulación</li> </ul>	Copago de \$10 por visita	Copago de \$25 por visita Sin Deducible	40 % de coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia física, ocupacional y del habla</li> </ul>	Copago de \$10 por visita	Copago de \$25 por visita Sin Deducible	40 % de coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quimioterapia</li> </ul>	5 % de coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemodiálisis</li> </ul>	5 % de coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia de infusión (en cualquier lugar)</li> </ul>	5 % de coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Radioterapia</li> </ul>	5 % de coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de coseguro después del Deducible

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<p><b>Servicios para reasignación de sexo</b></p> <p>Los beneficios dependen del ámbito en el cual se reciban los Servicios cubiertos.</p> <p>Es necesario obtener una certificación previa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastos de transporte para cirugía de reasignación de sexo <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gastos de viaje: para cada procedimiento quirúrgico (limitado a 6 viajes)</li> <li>– Transporte a los centros donde se llevará a cabo la cirugía.</li> <li>– Alojamientos en hotel. Limitado a una habitación doble</li> <li>– Otros gastos razonables (se excluyen los gastos en tabaco, bebidas alcohólicas, medicamentos y comidas)</li> </ul> </li> </ul>			
<p><b>Nota importante:</b> Los servicios se deben aprobar a través de una Certificación previa. Consulta la sección “Solicitud de aprobación de beneficios” para obtener información.</p>			
<p><b>Servicios de trasplante</b></p> <p>Consulta “Servicios de trasplantes de órganos y tejidos humanos (médula ósea/células madre)”</p>			

Beneficios	UC Family	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de cuidados de urgencia (consultas en el consultorio)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargo por visita al consultorio para cuidados de urgencia</li> </ul>	Copago de \$25 por visita	Copago de \$25 por visita Sin Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros cargos (que incluyen radiografías, servicios de laboratorio y suministros médicos para el diagnóstico)</li> </ul>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	40 % de Coseguro después del Deducible
<p>Si recibes cuidados de urgencia en un hospital u otro Centro para pacientes ambulatorios, consulta “Servicios en un Centro para pacientes ambulatorios” para obtener detalles sobre qué pagarás.</p>			
<p><b>Servicios oftalmológicos</b> (Para el tratamiento médico y quirúrgico de lesiones y/o enfermedades de la vista)</p> <p>Determinadas pruebas de detección oftalmológicas exigidas por la ley federal están cubiertas en virtud del beneficio estipulado en “Atención preventiva”.</p>		<p>Los beneficios dependen del ámbito en el cual se reciban los Servicios cubiertos.</p>	
<p><b>Servicios oftalmológicos: servicios de la vista pediátricos (para afiliados menores de 19 años)</b></p>		<p>Consulta el resumen separado que aparece más adelante en esta sección.</p>	

## **Servicios de trasplantes de órganos y tejidos humanos (médula ósea/células madre)**

**Comunícate con el Departamento de Trasplantes tan pronto creas que puedes necesitar un trasplante para hablar sobre tus opciones de beneficios. Debes realizar esto *antes* de que te examinen o te realicen las pruebas diagnósticas para determinar la necesidad de un trasplante. Para obtener la mayor cantidad de beneficios en virtud de tu Plan, debes obtener determinados servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos de los Centros de Excelencia Médica (CME), Centros de Distinción Blue para atención especializada (BDCSC) o un Proveedor de UC Family.**

El Administrador de reclamaciones ofrece acceso a la red de Centros de Excelencia Médica (CME) y Centros de Distinción Blue para la Atención Especializada (BDCSC). Aun cuando un hospital sea un Proveedor de la red para otros servicios, es posible que no sea un Proveedor para trasplantes dentro de la red para determinados servicios de trasplante. **Estos procedimientos están cubiertos solo cuando se llevan a cabo en un CME, BDCSC o los realiza un Proveedor de UC Family.**

Comunícate para conocer qué hospitales son Proveedores de trasplantes de la red. (Cuando llames Servicios para Afiliados, pide que te comuniquen con el administrador de casos de trasplantes para solicitar más detalles).

**Los centros que se incluyen en cada una de estas redes se seleccionan para la prestación de los siguientes servicios médicos específicos:**

- Los centros de trasplante se han organizado para proporcionar servicios para los siguientes trasplantes especificados: corazón, hígado, pulmón, combinación corazón-pulmón, riñón, páncreas, páncreas y riñón simultáneamente o médula ósea/células madre y procedimientos similares. Sujeto a cualquier Copago o Deducible aplicables, los CME y los BDCSC han acordado una tasa que aceptarán como pago completo por Servicios cubiertos. **Estos procedimientos están cubiertos solo cuando se llevan a cabo en un CME, BDCSC o los realiza un Proveedor de UC Family.**

**Los requisitos que se describen a continuación no se aplican a lo siguiente:**

- Trasplantes de córnea, que están cubiertos como cualquier otra cirugía.
- Cualquier Servicio cubierto relacionado con un procedimiento de trasplante cubierto recibido antes o después del Periodo de beneficios de trasplante. Ten en cuenta que la evaluación inicial, las pruebas adicionales realizadas por tu Proveedor para determinar si reúnes los requisitos como candidato para un trasplante y la recolección y el almacenamiento de la médula ósea/células madre se incluyen en el beneficio de procedimiento de trasplante cubierto, independientemente de la fecha del servicio.

Los beneficios por Servicios cubiertos que no son parte del beneficio de trasplante de órganos y tejidos humanos se basan en el entorno donde se reciben los Servicios cubiertos. Consulta la sección “Lo que está cubierto” para obtener más detalles.

	<b>UC Family</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Periodo de beneficios de trasplante</b>	<p>Comienza un día antes de un Procedimiento de trasplante cubierto y continúa durante el periodo de tarifa del caso/global que corresponda. La cantidad de días varía de acuerdo con el tipo de trasplante recibido y el acuerdo con el Proveedor de trasplantes dentro de la red. Llama al Administrador de casos para obtener información específica sobre el Proveedor para trasplantes de la red para los servicios recibidos en un centro Proveedor para trasplantes de la red o coordinados por dicho centro.</p>		Sin cobertura
<b>Procedimiento de trasplante cubierto durante el período de beneficios de trasplante</b>	<b>UC Family</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Es necesario obtener una certificación previa</b></li> </ul>	<p>Durante el Periodo de beneficios de trasplante, tú pagarás el 5 % del Coseguro</p> <p>Antes y después del periodo de beneficios de trasplante, los Servicios cubiertos se cubrirán como servicios para Pacientes internados, servicios para pacientes ambulatorios o visitas domiciliarias o en el consultorio, según dónde se preste el servicio.</p>	<p>Durante el Periodo de beneficios de trasplante, tú pagarás un Copago de \$500 de Copago por admisión, más un Coseguro del 10 % después del Deducible Copago</p> <p>Antes y después del periodo de beneficios de trasplante, los Servicios cubiertos se cubrirán como servicios para Pacientes internados, servicios para pacientes ambulatorios o visitas domiciliarias o en el consultorio, según dónde se preste el servicio.</p>	Sin cobertura

<b>Procedimiento de trasplante cubierto durante el período de beneficios de trasplante</b>	<b>UC Family Proveedores profesionales y auxiliares (no hospitalarios)</b>	<b>Dentro de la red Proveedores profesionales y auxiliares (no hospitalarios)</b>	<b>Fuera de la red Proveedores profesionales y auxiliares (no hospitalarios)</b>
	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	Sin cobertura
<b>Transporte y alojamiento</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Límite para transporte y alojamiento</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Transporte al Hospital designado para el afiliado y un acompañante. Limitado a seis (6) viajes, por episodio.</li> </ul>	<p>hasta \$250 por viaje, por persona por pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica Sin Deducible</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alojamiento para el afiliado y un acompañante. Limitado a una habitación doble</li> </ul>	<p>hasta \$100 por día hasta 21 días por viaje Sin Deducible</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Otros gastos razonables (se excluyen los gastos en tabaco, bebidas alcohólicas, medicamentos y comidas)</li> </ul>	<p>hasta \$25 por día, por persona hasta 21 días por viaje Sin Deducible</p>		
<b>Búsquedas de donantes no relacionados para trasplantes de médula ósea/células madre de un registro autorizado para un procedimiento de trasplante cubierto.</b>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	Sin cobertura
<b>Servicios de salud para donante vivo</b>	5 % de Coseguro	10 % de Coseguro después del Deducible	Sin cobertura
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Límite de servicios de salud para donantes:</b></li> </ul>	<p>Los cargos Necesario por motivos médicos para la obtención de un órgano de un donante vivo tienen cobertura hasta nuestro Monto máximo aprobado, incluidas las complicaciones que puedan surgir del procedimiento al donante durante el transcurso de hasta seis semanas desde la fecha de la obtención.</p>		

- **Límite para transporte y alojamiento**

- |   |  |
|---|--|
| – Transporte al Hospital designado para el afiliado y un acompañante. Limitado a seis (6) viajes, por episodio. | hasta \$250 por pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica<br>Sin Deducible |
| – Alojamiento para el afiliado y un acompañante. Limitado a una habitación doble                                | hasta \$100 por día<br>hasta 7 días<br>Sin Deducible                             |
| – Otros gastos razonables (se excluyen los gastos en tabaco, bebidas alcohólicas, medicamentos y comidas)       | hasta \$25 por día<br>hasta 21 días por viaje<br>Sin Deducible                   |

## Servicios dentales pediátricos

Deducible por año de beneficios	Dentro de la red y fuera de la red
Por afiliado/familia	\$60/\$120
<p>Todos los servicios y suministros dentales pediátricos que están cubiertos por este Plan están sujetos al Deducible por Año de beneficios que figura abajo. Los afiliados están cubiertos hasta el último día del mes en el que cumplen los 19 años de edad. Los Deducibles de la red y fuera de la red se combinan.</p>	

Tasas de pago	Dentro de la red	Fuera de la red
Plan Pays	50 %	50 %
El afiliado paga	50 %	50 %
<p>Después de que se alcance el Deducible dental pediátrico, el Plan pagará el porcentaje del Monto máximo aprobado indicado abajo, por el tipo de servicios recibidos, hasta el Monto máximo aprobado.</p>		

Límite de gastos de bolsillo	Dentro de la red y fuera de la red
Por afiliado	\$1,000
Por familia (todos los otros afiliados combinados)	\$2,000
<p>Después de que hayas realizado los siguientes pagos totales de bolsillo por cargos cubiertos realizados durante un Año de beneficios, no deberás pagar un Copago o un Coseguro durante el resto de ese Año de beneficios, pero deberás pagar los costos que superen el Monto máximo aprobado.</p>	

<b>Beneficios</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Servicios de prevención y de diagnóstico</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen oral periódico</li> <li>• Limpieza de dientes</li> <li>• Radiografías de aleta de mordida</li> </ul>	Sin Copago	Sin Copago
<b>Servicios básicos (empastes)</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amalgama (de color plateado)</li> <li>• Empastes frontales de resina compuesta (del color de los dientes)</li> <li>• Empastes posteriores de resina compuesta, cubiertos con asignación de amalgama</li> </ul>	50 % de coseguro	50 % de coseguro
<b>Servicios de endodoncia</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de conducto</li> </ul>	50 % de coseguro	50 % de coseguro
<b>Servicios de periodoncia</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza y pulido radicular</li> </ul>	50 % de coseguro	50 % de coseguro
<b>Servicios de cirugía oral</b>	50 % de coseguro	50 % de coseguro
<b>Servicios superiores</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coronas</li> </ul>	50 % de coseguro	50 % de coseguro
<b>Servicios de prostodoncia</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentaduras postizas</li> <li>• Puentes</li> </ul>	50 % de coseguro	50 % de coseguro
Servicios de ortodoncia dentalmente necesaria*	50 % de coseguro	50 % de coseguro
*La cobertura de ortodoncia para niños comienza a los ocho años de edad. Esto quiere decir que se deben colocar las piezas de ortodoncia después de los ocho años para recibir cobertura.		
<b>Máximo de ortodoncia dentalmente necesaria</b>	Sin máximo	Sin máximo
<b>Servicios cosméticos de ortodoncia</b>	Sin cobertura	Sin cobertura

## Servicios pediátricos de la visión

Tasas de pago	Dentro de la red	Fuera de la red
El afiliado paga	Sin Copago	Sin Copago
<p>Puedes elegir recibir servicios de anteojos proporcionados 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.</p> <p>Los afiliados están cubiertos hasta el último día del mes en el que cumplen los 19 años de edad.</p> <p><b>Copagos de Proveedores de cuidado de la vista de la red:</b> No se requerirá un Copago por los servicios y suministros prestados por un Proveedor de cuidado de la vista de la red. Tu costo por servicios y suministros de cuidado de la vista tendrá descuentos.</p> <p><b>Copagos de Proveedores de cuidado de la vista fuera de la red:</b> 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 aprobado para el cuidado de la vista como se muestra abajo.</p>		

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Examen ocular de rutina:</b> una vez por Año de beneficios	Sin Copago	Sin Copago hasta un Monto máximo aprobado de \$30
<b>Examen integral de visión deficiente:</b> una vez cada cinco (5) Años de beneficios	Sin Copago	Sin cobertura
<b>Visitas de seguimiento relacionadas con la visión deficiente:</b> hasta cuatro (4) visitas en cinco (5) Años de beneficios	Sin Copago	Sin cobertura
<b>Dispositivos ópticos/no ópticos:</b> hasta uno (1) por Año de beneficios	Sin Copago	Sin cobertura
<b>Marcos*</b> (Formulario): una vez por Año de beneficios	Sin Copago	Sin Copago hasta un Monto máximo aprobado de \$45

**Lentes de plástico o vidrio estándar:** una vez por Año de beneficios

Las siguientes opciones de lentes se incluyen sin costo extra cuando se reciben de un Proveedor de la red:

- Lentes transitions
- Lentes fotosensibles de plástico
- Lentes polarizados
- Policarbonato común
- Revestimiento antirrayaduras de fábrica
- Protección contra rayos UV
- Protección contra el reflejo (estándar, premium o ultra)
- Ahumado (moda y gradual)
- Lentes para el sol recetados extra grandes y de vidrio grises núm. 3
- Lentes de segmento combinado
- Lentes de visión intermedia
- Lentes de alto índice

Lentes unifocales	Sin Copago	Sin Copago hasta un Monto máximo aprobado de \$25
Lentes bifocales	Sin Copago	Sin Copago hasta un Monto máximo aprobado de \$40
Lentes trifocales	Sin Copago	Sin Copago hasta un Monto máximo aprobado de \$55
Lentes lenticulares	Sin Copago	Sin Copago hasta un Monto máximo aprobado de \$70
Progresivo (estándar, premium, select o ultra)	Sin Copago	Sin Copago hasta un Monto máximo aprobado de \$40

**Lentes de contacto\*** (Formulario)

- Un suministro de un (1) año de lentes de contacto en lugar de lentes para anteojos.
- Se incluyen la colocación, la evaluación y el cuidado de seguimiento para lentes de contacto optativos y no optativos en el beneficio de lentes de contacto.

Lentes (convencionales o desechables) optativos	Sin Copago, Formulario	Sin Copago hasta un Monto máximo aprobado de \$60
Lentes de contacto no optativos	Sin Copago	Sin Copago hasta un Monto máximo aprobado de \$40

\*Si recibes lentes de contacto optativos o no optativos, no habrá beneficios disponibles para cristales hasta que satisfagas la frecuencia de beneficios enumerada en esta "Lista de beneficios".

## Solicitud de aprobación de beneficios

Antes de buscar cuidados, los servicios requieren que obtengas una Remisión por parte de SHCS del campus. En tu Plan también se utiliza el proceso de Revisión de la utilización para decidir si los servicios son Necesarios por motivos médicos o experimentales/de investigación, según se definen estos términos en el presente Folleto de beneficios. El objetivo de dicho proceso es colaborar con la prestación de atención médica rentable revisando el uso de los tratamientos y, según corresponda, el nivel de atención o el lugar o el entorno donde se prestan los servicios. Un servicio debe ser Necesario por motivos médicos para que se lo considere Servicio cubierto. Cuando el nivel de cuidados, el entorno o el lugar donde se presta un servicio forman parte de la revisión, los servicios que pueden prestarse de modo seguro con un menor nivel de cuidados o en un entorno/lugar que requiera menores costos no se considerarán necesarios por motivos médicos si se prestan con un mayor nivel de cuidadoso en un entorno/lugar donde se generen costos más elevados.

Algunos servicios deben revisarse para determinar si son Médicamente necesarios y si puedes recibir los beneficios correspondientes. Los criterios de revisión de la utilización se basan en diferentes fuentes, incluida la política médica y las pautas clínicas. Anthem puede determinar que un servicio que se solicitó no es Necesario por motivos médicos si no ha probado otros tratamientos más económicos.

Si tienes preguntas sobre la información contenida en esta sección, puedes llamar a Servicios para afiliados de UC SHIP al 1-866-940-8306.

**No garantizamos la cobertura ni el pago del servicio o del tratamiento revisado, incluso si se decide que tus servicios son Necesarios por motivos médicos. Para que los beneficios se cubran, en la fecha en que recibes el servicio:**

1. Tú debes ser elegible para los beneficios.
2. La prima debe estar pagada para el periodo en que se prestan los servicios.
3. El servicio o suministro debe ser un Servicio cubierto en virtud de tu Plan.
4. El servicio no puede estar sujeto a una Exclusión en virtud de tu Plan.
5. No debes haber superado ningún límite aplicable conforme a tu plan.

### Tipos de revisiones

- **Revisión anterior a los servicios:** una revisión de un servicio, un tratamiento o una admisión para determinar la cobertura que se realiza antes de que empieza el servicio o el tratamiento, o de la fecha de admisión.
  - **Certificación previa:** una revisión previa al servicio requerida para tomar una determinación sobre la cobertura de un beneficio para un servicio o tratamiento. Ciertos servicios requieren certificación previa para que puedas recibir los beneficios correspondientes. La revisión de la cobertura del beneficio incluirá una revisión para decidir si el servicio cumple con la definición de Necesario por motivos médicos o si es experimental/de investigación, según se definen esos términos en este Folleto de beneficios.

En el caso de una admisión después de recibir cuidados de emergencia, tú, tu representante autorizado o tu Médico deben notificar al Administrador de reclamaciones en el transcurso de 72 horas a partir de la admisión o tan pronto como sea posible dentro de un periodo razonable. Para admisiones de trabajo de parto/parto, no se requiere certificación previa, a menos que exista un problema y/o la madre y el bebé no reciban el alta al mismo tiempo. No se requiere certificación previa durante las primeras 48 horas posteriores a un parto vaginal o las primeras 96 horas en el caso de una cesárea. Las admisiones de más de 48/96 horas requieren certificación previa.

- **Predeterminación:** una solicitud de revisión opcional, voluntaria para tomar una determinación sobre la cobertura de un beneficio para un servicio o tratamiento si hay una pauta de cobertura clínica relacionada. La revisión de la cobertura del beneficio incluirá una revisión para decidir si el servicio cumple con la definición de Necesario por motivos médicos o si es experimental/de investigación, según se definen esos términos en este Folleto de beneficios.
- **Revisión concurrente/de internación continuada:** una revisión de la utilización de un servicio, un tratamiento o una admisión para la determinación de cobertura de beneficios que debe realizarse durante una internación continuada en un centro o durante un tratamiento.

Tanto la revisión previa al servicio como la revisión concurrente/de internación continuada se consideran urgentes cuando, según el Proveedor tratante o cualquier otro médico con conocimiento de tu afección médica, ante la falta de atención o tratamiento, pueden correr riesgo tu vida, tu salud o la habilidad de recuperar tus funciones por completo o tú puedes sufrir un dolor agudo que no puede controlarse adecuadamente sin dicho cuidado o tratamiento. Las revisiones urgentes se realizan en un plazo más breve que el de las revisiones estándares.

- **Revisión posterior a los servicios:** es la revisión de un servicio, un tratamiento o una admisión para la determinación de la cobertura de un beneficio, y se lleva a cabo luego de que se haya proporcionado el servicio. Las revisiones posteriores a los servicios se llevan a cabo cuando un servicio, un tratamiento o una admisión no requieren una Certificación previa, o cuando no se obtuvo una Certificación previa requerida o no se llevó a cabo una revisión de Determinación previa. Las revisiones posteriores a los servicios se realizan en el caso de servicios, tratamientos o admisiones para los cuales el Administrador de reclamaciones tiene una pauta de cobertura clínica relacionada y, por lo general, son iniciadas por el Administrador de reclamaciones.

Entre los servicios que requieren Certificación previa (es decir, los servicios que el Administrador de reclamaciones debe revisar para determinar si son Necesarios por motivos médicos), se incluyen los siguientes:

1. Admisiones en un Centro de enfermería especializada, si necesitas enfermería especializada o rehabilitación diarias, según lo certifique tu médico tratante.
2. Servicios de ambulancia aérea para el transporte de un hospital a otro en casos que no sean de emergencia.
3. Determinados servicios de ambulancia terrestre en casos que no sean de emergencia.
4. Servicios de cirugía bariátrica, como derivación gástrica y otros procedimientos quirúrgicos para bajar de peso, incluidos los gastos de transporte para cirugía bariátrica, si:
  - a. Los servicios que se realizarán son para tratar la obesidad mórbida.
  - b. Los médicos del equipo quirúrgico y del centro donde se llevará a cabo la cirugía están aprobados para el procedimiento quirúrgico solicitado.
  - c. El procedimiento de cirugía bariátrica se llevará a cabo en un centro de BDCSC o por un Proveedor de UC Family.
5. Tratamiento de salud del comportamiento destinado al Trastorno generalizado del desarrollo o Autismo.
6. Conservación de la fertilidad y Servicios cubiertos relacionados.
7. Cuidado de la salud en el hogar. Deben cumplirse los siguientes criterios:
  - a. Los servicios pueden brindarse seguramente en tu hogar, según lo certifique el médico tratante.
  - b. El médico tratante maneja y dirige la atención médica en el hogar.
  - c. Tu Médico tratante ha establecido un Plan de tratamiento definitivo que debe ser coherente con tus necesidades médicas y que menciona los servicios que serán prestados por la Agencia para el cuidado de la salud en el hogar.

8. Internaciones programadas en hospital que no sean de emergencia y admisiones en centros de tratamiento residencial.

**Excepciones:** No se requiere una Revisión de la utilización para estadías de pacientes hospitalizados por cualquiera de los siguientes servicios:

- a. Atención de maternidad de 48 horas o menos después de un parto normal o 96 horas o menos después de una cesárea.
  - b. Mastectomía asociada con un diagnóstico de cáncer de mama y disección de ganglios linfáticos.
9. Servicios de un Proveedor de terapia de infusión a domicilio si el médico tratante ha presentado tanto una receta como un plan de tratamiento antes de que se presten los servicios.
  10. Los beneficios de las cirugías de reasignación de sexo y los Servicios cubiertos relacionados se proporcionarán de la siguiente manera:
    - a. El procedimiento quirúrgico:
      - Los servicios son Necesarios por motivos médicos y adecuados.
      - Los médicos del equipo quirúrgico y del centro donde se llevará a cabo la cirugía están aprobados para la cirugía de reasignación de sexo solicitada.
    - b. Gastos de transporte para cirugía de reasignación de sexo.
      - Es para cirugía de reasignación de sexo y servicios relacionados, autorizados por el Administrador de reclamaciones.
      - La cirugía de reasignación de sexo debe llevarse a cabo en un centro específico designado por el Administrador de reclamaciones, que está aprobado para la cirugía de reasignación de sexo solicitada.
  11. Servicios de trasplante, incluidos los gastos de transporte por trasplante. Deben cumplirse los siguientes criterios para ciertos trasplantes:
    - a. Para los trasplantes óseos, de piel o de córnea, si los médicos del equipo quirúrgico y el centro en el que se llevará a cabo el trasplante están aprobados para el trasplante solicitado.
    - b. Para trasplantes de corazón, hígado, pulmón, combinación corazón-pulmón, riñón, páncreas, páncreas y riñón simultáneamente o médula ósea/células madre y procedimientos similares, si los Proveedores de los servicios prequirúrgicos y posoperatorios relacionados están aprobados y el trasplante se llevará a cabo en un Centro de Excelencia Médica (CME), en un Centro de Distinción Blue para la Atención Especializada (BDCSC) o será realizado por un Proveedor de UC Family.

## ¿Quién es responsable de la certificación previa?

Generalmente, los Proveedores de la red conocen qué servicios necesitan Certificación previa y solicitan una Certificación previa o una Determinación previa, incluso si no es necesaria. Tu Médico de cuidados primarios y otros Proveedores de la red han recibido información detallada sobre estos procedimientos y son responsables de cumplir con estos requisitos. Si se solicitan servicios en un Proveedor fuera de la red, no participante o un Proveedor de Blue Card, tú debes obtener la Certificación previa. Por lo general, el Proveedor solicitante, el centro o el Médico tratante (“Proveedor solicitante”) se comunicarán con el Administrador de reclamaciones para solicitar una revisión de la Certificación previa o de la Determinación previa. Sin embargo, puedes solicitar una Certificación previa o una Determinación previa o designar a un representante autorizado para que actúe en tu nombre en cuanto a una solicitud específica. El representante autorizado puede ser cualquier persona de 18 años de edad o más. En la siguiente tabla, se describe quién es responsable de la certificación previa y en qué circunstancias.

<b>Estado de la red de Proveedores</b>	<b>Responsabilidad de obtener certificación previa</b>	<b>Comentarios</b>
Dentro de la red	Proveedor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Proveedor debe obtener la Certificación previa cuando sea necesario.</li> </ul>
Fuera de la red/Proveedor no participante	Afiliado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El afiliado debe obtener la Certificación previa cuando sea necesario (comúnícate con Servicios para Afiliados).</li> <li>• Es posible que el afiliado deba pagar la totalidad o una parte de los cargos o los costos relacionados con el servicio o el entorno si se determina que el servicio o el entorno no son Necesario por motivos médicos.</li> </ul>
Proveedor de BlueCard	Afiliado <b>(excepto las admisiones de pacientes hospitalizados)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El afiliado debe obtener la Certificación previa cuando sea necesario (comúnícate con Servicios para Afiliados).</li> <li>• Es posible que el afiliado deba pagar la totalidad o una parte de los cargos o los costos relacionados con el servicio o el entorno si se determina que el servicio o el entorno no son Necesario por motivos médicos.</li> <li>• <b>Los proveedores de BlueCard deben obtener Certificación previa para todas las admisiones de los pacientes hospitalizados.</b></li> </ul>
<p><b>Nota: Para la admisión de pacientes que reciben Cuidados de emergencia, no es necesaria la Certificación previa. No obstante, tú, tu representante autorizado o tu Médico deben notificarnos en el transcurso de 72 horas a partir de la admisión o tan pronto como sea posible dentro de un periodo razonable.</b></p>		

## Cómo se toman las decisiones relacionadas con la necesidad médica

El Administrador de reclamaciones usa pautas de cobertura clínica, tales como la política médica, las pautas clínicas y otras políticas correspondientes, a la hora de tomar decisiones de necesidad médica. Las pautas clínicas y las políticas médicas reflejan los estándares de práctica y las intervenciones médicas que se identifican como práctica médica apropiada. El Administrador de reclamaciones se reserva el derecho de revisar y actualizar estas pautas de cobertura clínica con cierta frecuencia.

Tienes derecho a pedir y recibir, gratis, acceso razonable a los registros relacionados con tu solicitud. Para solicitar esta información, llama al número de teléfono de Certificaciones previas que aparece en el dorso de tu Tarjeta de identificación.

Si no estás conforme con la decisión sobre tus beneficios que tomó el Administrador de reclamaciones en virtud de esta sección, consulta la sección “Tu derecho a apelar” para conocer tus derechos.

## Requisitos de decisiones y notificaciones

El Administrador de reclamaciones revisará las solicitudes de beneficios según los plazos que se enumeran a continuación. Los plazos y los requisitos enumerados se fundamentan en reglamentaciones federales. Puedes llamar a Servicios para afiliados al número de teléfono que figura en tu Tarjeta de identificación para obtener más información.

Tipo de revisión	Requisito de plazos de decisiones y notificaciones
Revisión urgente previa al servicio	72 horas desde la recepción de la solicitud
Revisión no urgente previa al servicio	15 días calendario desde la recepción de la solicitud
Revisión concurrente/de internación continuada de urgencia cuando la solicitud se recibe más de 24 horas antes del final de la autorización previa.	24 horas desde la recepción de la solicitud
Revisión concurrente/de internación continuada urgente cuando la solicitud se recibe menos de 24 horas antes de que finalice la autorización previa o cuando no existe una autorización previa.	72 horas desde la recepción de la solicitud
Revisión concurrente/de internación continuada que no sea de urgencia para tratamientos en curso para pacientes ambulatorios.	15 días calendario desde la recepción de la solicitud
Revisión posterior al servicio	30 días calendario desde la recepción de la solicitud

Si necesitas más información para tomar tu decisión, el Administrador de reclamaciones le solicitará al Proveedor solicitante la información específica necesaria para completar la revisión. Si el Administrador de reclamaciones no consigue la información específica necesaria en el plazo de tiempo estipulado, se tomará una decisión en función de la información recibida.

El Administrador de reclamaciones te enviará a ti y a tu Proveedor un aviso de su decisión en virtud de lo requerido por las reglamentaciones estatales y federales. Dicho aviso podrá comunicarse mediante uno o más de los siguientes métodos: oral, escrito o electrónico.

## Información importante

El Administrador de reclamaciones puede, con frecuencia, eximir, mejorar, cambiar o finalizar ciertos procesos de administración médica (incluso la administración de la utilización, la administración de casos y la administración de enfermedades) y/u ofrecer un beneficio alternativo si, a su criterio, ese cambio es en respaldo de la provisión de servicios rentables, basados en valores o de calidad.

Además, el Administrador de reclamaciones puede seleccionar a determinados Proveedores calificados para que participen en un programa o un arreglo de Proveedor que los deje exentos de determinados procesos de administración médica y de procedimientos, que se aplicarían de otro modo. El Administrador de reclamaciones también puede exceptuar tus reclamaciones de la revisión médica si se aplican ciertas condiciones.

El hecho de que el Administrador de reclamaciones exima un proceso, un Proveedor o una reclamación de las normas que se aplicarían de otro modo, no implica que el Administrador de reclamaciones lo haga en el futuro o lo realice en el futuro para otro Proveedor, reclamación o afiliado. El Administrador de reclamaciones puede interrumpir o cambiar dicha exención con o sin previo aviso.

Si deseas saber si un Proveedor participa en determinados programas, comunícate con el número de Servicios para afiliados que figura en el reverso de tu Tarjeta de identificación.

El Administrador de reclamaciones también puede identificar a determinados Proveedores para revisar posibles casos de fraude, malgasto, abuso u otra actividad inapropiada si los datos de las reclamaciones sugieren que podrían ser prácticas de facturación inapropiadas. Si se selecciona un Proveedor conforme a este programa, es posible que el Administrador de reclamaciones use una o más pautas de administración de utilización clínica en la revisión de reclamaciones presentadas por este Proveedor, incluso si dichas pautas no se usan para todos los Proveedores que prestan servicios a los afiliados de este plan.

## **Administración de casos individuales del plan de salud**

Nuestros programas de administración de casos individuales del Plan de salud (administración de casos) ayuda a coordinar Servicios para afiliados con necesidades de cuidado de la salud que se deben a afecciones graves, complejas o crónicas. Los programas del Administrador de reclamaciones coordinan beneficios y educan a los afiliados, quienes aceptan participar en el Programa de Administración de Casos para ayudar a satisfacer tus necesidades relacionadas con la salud.

Los Programas de Administración de Casos son confidenciales y voluntarios, y están a tu disposición sin costo adicional. Estos programas son proporcionados por el personal de administración de casos de tu Plan de salud, o en tu nombre y cuando los solicites. Estos Programas de Administración de Casos son independientes de cualquier Servicio cubierto que estés recibiendo.

Si cumples con los criterios del programa y aceptas participar, el Administrador de reclamaciones te ayudará a satisfacer tus necesidades identificadas de cuidado de la salud. Esto se logra a través de la comunicación y el trabajo en equipo contigo y/o con tu representante autorizado, el Médico tratante y otros Proveedores.

Además, el Administrador de reclamaciones puede ayudar a coordinar los cuidados médicos con los servicios y los programas comunitarios existentes, a fin de satisfacer tus necesidades. Esto puede incluir brindarle información sobre agencias externas y programas y servicios comunitarios.

En determinados casos de enfermedad o lesión grave o crónica, el plan podrá brindar beneficios para cuidados alternativos que no se incluye como Servicio cubierto. El Plan también puede extender los Servicios cubiertos más allá de los montos máximos de Año de beneficios que ofrece este Plan. El Administrador de reclamaciones tomará su decisión basándose en cada caso en particular si, a su criterio, el beneficio alternativo o extendido resguarda tus intereses y los del Plan, y si tú o tu representante autorizado demuestran su consentimiento, por escrito, con el beneficio alternativo o extendido. La decisión de brindar beneficios extendidos o aprobar los cuidados médicos alternativos en un caso no obliga al plan a brindarte nuevamente los mismos beneficios a ti o cualquier otro afiliado. El plan se reserva el derecho a modificar o interrumpir en cualquier momento la prestación de los beneficios extendidos o aprobar los cuidados médicos alternativos. En este caso, el Administrador de reclamaciones te enviará una notificación por escrito a ti o a tu representante autorizado.

## Servicios cubiertos

En esta sección, se describen los Servicios cubiertos disponibles en virtud de tu Plan. Tus Servicios cubiertos están sujetos a todos los términos y las condiciones enumerados en este Folleto de beneficios, que incluyen, entre otros, los montos máximos de beneficios, los Deducibles, los Copagos, el Coseguro, las exclusiones y los requisitos de necesidad médica. Consulta la “Lista de beneficios” para obtener información sobre los montos que debes pagar por los Servicios cubiertos y sobre los montos máximos de beneficios. También asegúrate de leer la sección “Cómo funciona tu Plan” para obtener más información sobre las normas de tu Plan. Lea la sección “Lo que no está cubierto” para obtener información importante sobre los Servicios excluidos.

Tus beneficios se describen a continuación. Los beneficios se enumeran en orden alfabético para facilitar su búsqueda. Ten en cuenta que varias secciones pueden relacionarse con tus reclamaciones. Por ejemplo, en el caso de una cirugía, los beneficios para la estadía en un hospital se describirán en “Servicios de hospital”, y los beneficios para los servicios de tu Médico se describirán en “Servicios de médicos”. En consecuencia, debes revisar todas las descripciones de beneficios que puedan relacionarse con tus reclamaciones.

También debes saber que muchos Servicios cubiertos pueden recibirse en varios entornos, incluido el consultorio de un médico, un Centro de Cuidados de Urgencia, un Centro para pacientes ambulatorios o un Centro para pacientes hospitalizados. Los beneficios suelen variar según la elección del entorno donde deseas recibir los Servicios cubiertos, lo que puede generar un cambio en el monto que tendrás que pagar. Consulta la “Lista de beneficios” para obtener información adicional sobre cómo varían los beneficios en cada entorno.

### Acupuntura

Consulta el apartado “Servicios de terapia” que aparece más adelante en esta sección.

### Servicios para alergias

Tu Plan incluye beneficios para las pruebas y el tratamiento de alergias Necesario por motivos médicos, incluido el suero y las vacunas para la alergia.

### Servicios de ambulancia

Los servicios de ambulancia que son Necesarios por motivos médicos son Servicios cubiertos cuando se cumplen una o más de las siguientes condiciones:

- Lo transportan con un vehículo autorizado por el estado que esté diseñado, equipado y se utilice únicamente para transportar personas enfermas o lesionadas, y con técnicos en emergencias médicas (EMT), paramédicos u otros profesionales médicos certificados. Esto incluye transporte terrestre, marítimo, aéreo de ala fija y de ala rotatoria.
- En el caso de la ambulancia terrestre, tú eres transportado de la siguiente manera:
  - Desde tu hogar, lugar del accidente o emergencia médica hacia un hospital;
  - Entre hospitales, incluso cuando el Administrador de reclamaciones solicita que se te traslade de un hospital fuera de la red a un hospital de la red.
  - Entre un hospital y un centro de enfermería especializada; o
  - Entre un hospital o un centro de enfermería especializada u otro centro aprobado.
- En el caso de la ambulancia aérea o marítima, tú eres transportado de la siguiente manera:
  - Desde el lugar del accidente o Emergencia médica hacia un Hospital;
  - Entre hospitales, incluso cuando el Administrador de reclamaciones solicita que se te traslade de un hospital fuera de la red a un hospital de la red.
  - Entre un Hospital y un Centro aprobado.

Los servicios de ambulancia están sujetos a revisiones de necesidad médica. Los servicios de ambulancia terrestre de emergencia no requieren Certificación previa y están permitidos, independientemente de si el Proveedor es un Proveedor de la red o un Proveedor fuera de la red.

Los servicios de ambulancia que no son de emergencia están sujetos a revisiones de necesidad médica. Si se usa una ambulancia aérea para transporte que no sea de emergencia, el Administrador de reclamaciones se reserva el derecho de elegir el Proveedor de servicios de ambulancia aérea. Si no utilizas los servicios del Proveedor de ambulancia aérea seleccionado, el Proveedor fuera de la red puede facturarte cualquier cargo que supere el Monto máximo aprobado. Consulta la “Lista de beneficios” para ver el beneficio máximo.

Debes ser transportado al Centro más cercano que pueda brindarte atención para tu afección. En determinadas circunstancias, el Administrador de reclamaciones puede aprobar beneficios para el transporte a un centro que no sea el más cercano.

Los beneficios también incluyen tratamiento Necesario por motivos médicos para una enfermedad o lesión brindado por profesionales médicos de un servicio de ambulancia, incluso si no lo trasladan a un Centro.

No se cubren los servicios de ambulancia cuando se puede usar otro tipo de transporte sin poner en peligro tu salud. Los servicios de ambulancia para tu conveniencia o la de tu familia o Médico no son un Servicio cubierto.

Otros servicios de ambulancia no cubiertos incluyen, entre otros, los traslados a estos lugares:

- a) un consultorio médico o una clínica;
- b) una morgue o funeraria.

## **Avisos importantes sobre los beneficios de ambulancia aérea**

Los beneficios solo están disponibles para la ambulancia aérea cuando no es conveniente usar la ambulancia terrestre o marítima. Por ejemplo, si el uso de una ambulancia terrestre pondría en peligro tu salud y tu afección médica requiere de un medio de transporte más rápido a un centro de salud del que puede ofrecer una ambulancia terrestre, el Plan cubrirá la ambulancia aérea. La ambulancia aérea también tendrá cobertura en un área a la que no puede llegar una ambulancia terrestre o marítima.

El transporte en ambulancia aérea no estará cubierto si eres trasladado a un Hospital que no es un Hospital de cuidados intensivos (como un Centro de enfermería especializada) o si eres trasladado al consultorio de tu Médico o a tu casa.

### **Transporte de un Hospital a otro**

Si lo trasladan de un Hospital a otro, la ambulancia aérea solo tendrá cobertura si el uso de una ambulancia terrestre pondría en peligro tu salud y si el Hospital que ofrece el primer tratamiento no puede brindarte los servicios médicos que necesitas. Ciertos servicios especializados no están disponibles en todos los Hospitales. Por ejemplo, la atención de quemaduras, la atención cardíaca, la atención de traumatismos y el cuidado crítico están disponibles solo en algunos Hospitales. Para tener cobertura, debes ser trasladado al Hospital más cercano que pueda ofrecerte tratamiento. La cobertura no está disponible para los traslados en ambulancia aérea que se realizan simplemente porque tú, tu familia o tu Proveedor prefieren un Hospital o un Médico en particular.

**Casos que no son de emergencia:** El UC SHIP cubre servicios de ambulancia para casos que no son de emergencia y servicios de camioneta para transporte de personas con problemas psiquiátricos si un Médico determina que tu condición requiere el uso de servicios que solo puede proporcionar una ambulancia autorizada (o una camioneta para transporte de personas con problemas psiquiátricos) y que el uso de otros medios de transporte pondría en peligro tu salud. Estos servicios están cubiertos solamente cuando el vehículo te traslada hasta y desde Servicios cubiertos.

**Exclusión de servicios de ambulancia:** servicio de traslado en automóvil, taxi, autobús, y cualquier otro tipo de transporte (diferente de una ambulancia autorizada o una camioneta para transporte de personas con enfermedades psiquiátricas), incluso si es el único medio para llegar a un Servicio cubierto.

## Servicios de salud del comportamiento

Consulta el apartado “Salud mental y por abuso de sustancias” que aparece más adelante en esta sección.

## Cáncer de seno

Servicios y suministros proporcionados en relación con la detección, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama, entre los que se incluyen los siguientes:

1. Mamografías de diagnóstico para el tratamiento de una enfermedad o lesión diagnosticada. Las mamografías de rutina se cubrirán conforme al beneficio de Servicios de cuidado preventivo.
2. Pruebas de cáncer de mama (BRCA), si corresponde según lo determine tu médico, junto con asesoramiento genético y evaluación. Cuando se realizan como servicio de atención preventiva, las pruebas de cáncer de mama se cubren conforme al beneficio de servicios de atención preventiva.
3. Mastectomía y disección de ganglios linfáticos; complicaciones posteriores a la mastectomía, incluido el linfedema.
4. Cirugía reconstructiva para restaurar y alcanzar la simetría luego de una mastectomía necesaria por motivos médicos.
5. Prótesis de mama después de una mastectomía (consulta “Equipo Médico Duradero y dispositivos médicos, aparatos ortopédicos, prótesis y suministros médicos y quirúrgicos”).

Esta cobertura se brinda conforme a los términos y las condiciones de este plan que se aplican a todas las demás afecciones médicas.

## Quimioterapia

Consulta el apartado “Servicios de terapia” que aparece más adelante en esta sección.

## Servicios quiroprácticos y osteopáticos

Consulta el apartado “Servicios de terapia” que aparece más adelante en esta sección.

## Ensayos clínicos

Los beneficios incluyen cobertura por los servicios que se te ofrecen como participante en un ensayo clínico aprobado, por ejemplo, los costos de la atención de pacientes de rutina, si son Servicios cubiertos según este Plan. “Ensayo clínico aprobado” significa un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que estudia la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer o de otras afecciones que ponen en riesgo la vida. El término “afección potencialmente mortal” hace referencia a cualquier enfermedad o afección que pudiera provocar la muerte, a menos que se trate la enfermedad o afección.

Los beneficios se limitan a los siguientes ensayos:

- Los ensayos con financiación federal aprobados o financiados por una de las siguientes instituciones:
  - Los Institutos Nacionales de la Salud.
  - Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
  - La Agencia para Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Health Care Research and Quality).
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
  - Grupo o centro cooperativo de cualquiera de las entidades descritas de (a) a (d), el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos.
  - Una entidad de investigación no gubernamental calificada, identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de la Salud para los subsidios de los centros.
  - Cualquiera de las entidades que se mencionan en los puntos i a iii a continuación si el estudio o la investigación se revisaron y aprobaron a través de un sistema de revisión de pares que el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos determine que 1) sea comparable con el sistema de revisión de pares de estudios e investigaciones utilizado por los Institutos Nacionales de la Salud, y 2) que garantice la revisión imparcial de las normas científicas más altas de personas calificadas que no tengan interés en el resultado de la revisión.
    - i. El Departamento de Asuntos de Veteranos.
    - ii. El Departamento de Defensa.
    - iii. El Departamento de Energía.
- Estudios o investigaciones que se llevan a cabo como parte de una solicitud de medicamento nuevo en investigación, revisada por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration).
- Estudios o investigaciones que se llevan a cabo para ensayos de medicamentos que están exentos de la solicitud de medicamento nuevo en investigación.

Es posible que tu plan te exija que uses un Proveedor de la red para maximizar tus beneficios.

Los costos de atención médica de pacientes de rutina incluyen artículos, servicios y medicamentos que te brindan en relación con un ensayo clínico que de otro modo estarían cubiertos por este Plan.

Todas las solicitudes de servicios de ensayos clínicos, incluidos los servicios que no forman parte de ensayos clínicos aprobados, se revisarán según las pautas de cobertura clínica del Administrador de reclamaciones y las políticas y los procedimientos relacionados.

No se requiere que tu Plan proporcione beneficios para los siguientes servicios y se reserva el derecho a excluir cualquiera de los siguientes servicios:

- el artículo, dispositivo o servicio en investigación;
- los artículos y servicios que se proporcionan únicamente para satisfacer la recopilación de datos y las necesidades de análisis, y que no se utilizan en el tratamiento clínico directo del paciente;
- un servicio que claramente no coincide con los estándares de cuidados establecidos y ampliamente aceptados para un diagnóstico particular.
- cualquier artículo o servicio que el patrocinador del ensayo pague o debería haber pagado.

## **Servicios dentales**

### **Preparación de la boca para tratamientos médicos**

Tu Plan incluye cobertura para servicios dentales con la finalidad de preparar la boca para servicios y tratamientos médicos, como la radioterapia para tratar el cáncer, y para los trasplantes. Los Servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Evaluación
- Radiografías dentales
- Extracciones, incluidas las extracciones quirúrgicas
- Anestesia

## **Tratamiento de lesión accidental**

Los beneficios también están disponibles para el trabajo dental necesario para tratar lesiones de la mandíbula, dientes sanos y naturales, boca o rostro como resultado de un accidente.

Para que sea un Servicio cubierto en virtud de este Plan, el tratamiento debe comenzar dentro de los 12 meses a partir de que se produjo la lesión o tan pronto como sea posible después de ese plazo.

## **Otros servicios dentales**

Los beneficios están disponibles para servicios de ortodoncia y dentales Necesarios por motivos médicos y fundamentales para los procedimientos de cirugía reconstructiva del paladar hendido. “Paladar hendido” hace referencia a una afección que puede incluir el paladar hendido, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas.

## **Servicios dentales: pediátricos**

El Plan cubre los siguientes servicios de cuidado dental para los afiliados hasta el último día del mes en el que cumplan diecinueve (19) años de edad cuando los realice un dentista autorizado y cuando sean usuales y necesarios de acuerdo con los estándares de la práctica odontológica generalmente aceptada. Si existiera más de un tratamiento aceptable desde el punto de vista profesional para tu afección dental, el administrador del Plan cubrirá el que sea menos costoso.

### Servicios preventivos y de diagnóstico

- Evaluaciones bucales (exámenes): iniciales y periódicas
- Consultas: incluye consultas a Especialistas
- Radiografías
  - Las radiografías de aleta de mordida junto con exámenes periódicos se limitan a 1 serie (4 películas) cada 6 meses
  - Las películas de aleta de mordida o las películas periapicales aisladas se permiten en casos puntuales o en emergencias
  - Las radiografías de boca completa junto con exámenes periódicos se limitan a 1 cada 24 meses
  - Radiografías panorámicas: están limitadas a una cada 24 meses
- Limpieza dental (profilaxis): limitada a 2 cada 12 meses La profilaxis es un procedimiento para eliminar la placa, el sarro (cálculos) y las manchas de los dientes.
- Aplicación tópica de fluoruro o barniz de flúor
- Tratamiento dental con selladores: este tratamiento se cubre solamente en los primeros y segundos molares
- Separadores (incluidos los separadores acrílicos y los fijos).
- Educación odontológica preventiva e instrucciones para la higiene bucal

### Servicios básicos de restauración

- Restauraciones (empastes): se cubren de la siguiente manera:
  - Amalgama, resina compuesta, acrílico, restauraciones sintéticas o plásticas para el tratamiento de caries. Si puede restaurarse el diente con estos materiales, cualquier otra restauración, tal como una corona, se considera un tratamiento opcional.
  - Las restauraciones con acrílico o resina compuesta en los dientes posteriores (traseros) es un tratamiento opcional.
  - Restauraciones con microrrelleno de resina que no sean cosméticas.

- El reemplazo de una restauración está cubierto solo si tiene defectos; según lo evidencian ciertas afecciones como caries recurrentes o fracturas.
- Reconstrucción de perno y pilares: está cubierta solamente si se lleva a cabo junto con una restauración.
- Base y empastes sedantes
- Extracciones básicas de dientes: incluyen cuidado posoperatorio tal como exámenes, extracción de suturas y tratamiento de complicaciones.
- Servicios de endodoncia
- Recubrimiento pulpar directo
- Pulpotomía terapéutica
- Empaste para la apexificación con hidróxido de calcio
- Amputación radicular
- Tratamiento de conducto: incluye cultivo de conducto y repetición de tratamiento de conducto anterior limitado de la siguiente manera:
- Repetición del tratamiento de conducto cubierta solamente si hay signos clínicos o radiográficos de abscesos presentes y/o si el paciente está experimentando síntomas.
- No se consideran beneficios cubiertos la extracción o la repetición del tratamiento de pilares de plata, los excesos de empaste, la falta de empaste, los empastes incompletos o los instrumentos rotos alojados en un conducto sin una patología.
- Apicectomía
- Pruebas de vitalidad

#### Servicios de periodoncia

- Raspado periodontal y pulido radicular, y curetaje subgingival: limitado a cinco tratamientos de cuadrante en un periodo de 12 meses.
- Gingivectomía
- Cirugía ósea o mucogingival

#### Servicios Generales Complementarios

- Anestesia local. Esto se incluye como parte del servicio de restauración; por ejemplo, una corona o un empaste.
- Sedantes orales y óxido nitroso: cubiertos si los proporciona un Proveedor que actúa dentro del alcance de su certificación profesional, en un consultorio odontológico.

#### Servicios de cirugía oral

Servicios de cirugía maxilofacial: estos servicios incluyen cuidado posoperatorio, como los exámenes, la extracción de suturas y el tratamiento de complicaciones.

- Extracciones quirúrgicas
- La extracción de dientes retenidos está cubierta solo cuando hay pruebas de la existencia de una patología.
- Biopsias de tejidos dentarios.
- Alveolectomías
- Extirpación de quistes y neoplasmas
- Tratamiento del rodete palatino y mandibular
- Frenectomía
- Incisión y drenaje de abscesos
- Recuperación del conducto (procedimiento independiente)
- Anestesia general
  - Cubierta cuando la proporciona un dentista para servicios quirúrgicos cubiertos.

### Servicios de restauración de importancia

- Coronas: incluidas las coronas de acrílico, de acrílico y metal, de porcelana, de porcelana y metal, de metal únicamente, de acero inoxidable y las coronas tres cuartos o con recubrimiento de oro. También se incluyen la reconstrucción de pernos y espigas. Las coronas se cubren de la siguiente manera:
  - El reemplazo de cada unidad se limita a una vez en un periodo de 36 meses, salvo que la corona no cumpla más su función.
  - Las coronas de acrílico y acero inoxidable solo se cubren para niños de hasta 11 años. Se considera un tratamiento opcional, si se eligen otros tipos de coronas para los niños hasta de 11 años de edad.
  - Las coronas se cubren únicamente si el diente no tiene suficiente capacidad de retención para mantener un empaste.
  - Los revestimientos posteriores al segundo bicúspide se consideran tratamientos opcionales. Pagaremos hasta el total de la asignación por una corona completa.
- Recementación de coronas, empastes e incrustaciones
- Muñón y perno colados, incluida la retención del yeso debajo de la corona
- Reparación de coronas

### Servicios de prostodoncia

- Puentes fijos: los puentes hechos de yeso, porcelana horneada con metal o plástico procesado con oro tienen la siguiente cobertura:
  - Están cubiertos para personas de 16 a 18 años. Los puentes fijos para las personas menores de dieciséis 16 años de edad se consideran tratamientos opcionales y se cubrirán hasta la asignación para un separador.
  - El puente fijo está cubierto si es necesario reemplazar un diente anterior (frontal) permanente faltante.
  - Los puentes fijos solo están cubiertos si una prótesis parcial no puede arreglar satisfactoriamente la pieza. Se considerará un tratamiento opcional si se utilizan puentes fijos en casos en los que una prótesis parcial podría arreglar satisfactoriamente la pieza.
  - Los puentes fijos que se utilizan para reemplazar dientes posteriores faltantes se consideran un tratamiento opcional si los dientes pilares se encuentran en buenas condiciones y se les colocarían coronas solo para contener un pónico.
  - Los puentes fijos se consideran un tratamiento opcional si se los coloca junto con una dentadura postiza parcial en el mismo arco.
  - El reemplazo de un puente fijo está cubierto solamente si el puente existente no se puede reparar satisfactoriamente.

**Nota:** Cubriremos hasta 5 unidades de coronas o puentes por arco. A partir de la sexta unidad, el tratamiento se considera una reconstrucción bucal completa y un tratamiento opcional.

- Recementación de puentes
- Reparación o reemplazo de pilares o pónicos
- Dentaduras postizas: incluye dentaduras postizas maxilares completas, dentaduras postizas mandibulares completas, dentaduras postizas superiores parciales, dentaduras postizas inferiores parciales, dientes, enganches y placas de descanso. Las dentaduras postizas se cubren de la siguiente manera:
  - El reemplazo de las dentaduras postizas parciales no está cubierto dentro de los 36 meses de la colocación inicial, salvo que se den las siguientes condiciones:
  - Es necesario realizar un reemplazo debido a la pérdida natural de un diente cuando no es posible realizar la adición o sustitución de la dentadura parcial existente.
  - La dentadura postiza no se realizó satisfactoriamente y no se puede solucionar el problema.
  - La cobertura de dentaduras postizas parciales se limitará a los cargos por una dentadura postiza de acrílico o cromo fundido si esto sirviera para reparar el arco de forma satisfactoria. Si se elige un aparato más elaborado o preciso y no es necesario restaurar satisfactoriamente el arco, el paciente se hará responsable de todos los cargos adicionales.

- Una dentadura parcial extraíble se considera una restauración adecuada de una pieza cuando faltan dientes en ambos lados del arco dental. Cualquier otro tratamiento para estas piezas se considera un tratamiento opcional.
- Las dentaduras postizas superiores o inferiores completas no se deben reemplazar por un periodo de 36 meses, salvo que la dentadura existente no se haya realizado de forma satisfactoria y no se pueda mejorar por medio del recubrimiento o la reparación.
- La cobertura de las dentaduras postizas completas se limitará al beneficio para un procedimiento estándar. Si se elige un tratamiento más personalizado o especializado, el paciente será responsable de todos los cargos adicionales.
- Ajustes o rebasados en el consultorio o el laboratorio: se cubren una por arco en un periodo de 12 meses.
- Reparaciones y ajustes de dentaduras postizas
- Acondicionamiento de tejidos: limitado a dos por dentadura
- Duplicación de dentaduras postizas
- Dentaduras provisorias: se cubren solamente si se utilizan como separadores para los dientes anteriores de los niños.

### Tratamiento de ortodoncia

El tratamiento de ortodoncia es la prevención y corrección de la mal oclusión de los dientes y trastornos faciales y dentales relacionados. El Plan solo cubrirá el cuidado de ortodoncia que es Necesario por motivos médicos. Tú o tu dentista deben presentar tu Plan de tratamiento al Administrador de reclamaciones antes de comenzar cualquier tratamiento de ortodoncia, para asegurarse de que tenga cobertura según este Plan.

### Atención de ortodoncia Necesaria por motivos médicos

Los tratamientos Necesarios por motivos médicos estarán sujetos a revisión. Para que se considere Necesario por motivos médicos, el servicio debe cumplir con los criterios para el cuidado Necesario por motivos médicos establecidos por el Administrador de reclamaciones. El Plan cubrirá cuidados de ortodoncia cuando sea Necesario por motivos médicos para prevenir enfermedades y promover la salud bucal, para que las estructuras bucales vuelvan a estar sanas y en funcionamiento, y para tratar condiciones de emergencia y de urgencia.

Para este servicio, tu Proveedor dental debe presentar un formulario de autorización previa a Anthem. Este formulario se encuentra disponible al llamar por teléfono al número que figura en tu Tarjeta de identificación o en línea en [www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca). Puedes llamar a Servicios para afiliados al número de teléfono que figura en tu Tarjeta de identificación para solicitar que se envíe un formulario de autorización previa por fax a tu dentista.

El proceso de autorizaciones previas se describe a continuación:

- El área de Revisión dental profesional maneja la revisión.
- Si se cumple con los criterios definidos de Anthem, el área de revisión dental profesional comunicará al dentista y al asegurado la aprobación.
- Si NO se cumple con los criterios definidos de Anthem, el área de revisión dental profesional comunicará al dentista y al asegurado la denegación.
- Las cartas de respuesta contienen los pasos que se deben seguir para la revisión adicional, incluida la información sobre cómo presentar una queja.
- Si se deniega la autorización previa, tienes derecho a presentar una queja.

Las siguientes afecciones califican automáticamente para recibir cuidados de ortodoncia Necesarios por motivos médicos.

- Deformidad de paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en las pruebas de diagnóstico, debe presentarse documentación por escrito de un Especialista certificado en una hoja con su membrete, con la solicitud de autorización previa.
- Anomalía craneofacial. Debe presentarse documentación por escrito de un Especialista certificado en una hoja con su membrete, con la solicitud de autorización previa.
- Sobremordida profunda cuando los incisivos inferiores están destrozando el tejido blando del paladar y hay laceración de tejido o pérdida de inserción clínica.
- Mordida cruzada de dientes anteriores individuales cuando hay pérdida de inserción clínica y recesión del margen gingival.
- Desviación traumática severa tal como pérdida de un segmento premaxilar por quemaduras o accidentes, como resultado de osteomielitis, u otra patología grave. Debe presentarse documentación escrita de la condición con la solicitud de autorización previa.
- Protrusión mayor que 9 mm o protrusión mandibular (protrusión inversa) mayor que 3.5 mm.

El tratamiento de ortodoncia puede incluir lo siguiente:

- Tratamiento limitado: Tratamientos que no son tratamientos completos y generalmente se realizan por el movimiento leve de un diente.
- Tratamiento precoz: Una fase de tratamiento limitada (fase I) que se usa para prevenir o atenuar la intensidad de un tratamiento futuro.
- Tratamiento integral (completo): un tratamiento completo incluye todas las radiografías, los moldes o modelos para diagnóstico, los aparatos y las visitas.
- Terapia con aparato extraíble: un aparato que es extraíble y no está cementado ni adherido a los dientes.
- Terapia con aparato fijo: un componente que está cementado o adherido a los dientes.
- Procedimientos quirúrgicos complejos: exposición quirúrgica de diente impactado o no erupcionado por motivos ortodónticos; reposicionamiento quirúrgico de los dientes.

**Nota:** El tratamiento en curso (aparatos colocados antes de la cobertura que se ofrece en virtud de este Plan) se considerará para beneficios según una modalidad de prorrateo.

#### Exclusiones de Ortodoncia

NO se ofrece cobertura para lo siguiente:

- La reparación o el reemplazo de aparatos perdidos/rotos/robados si han pasado más de 24 meses desde la fecha de servicio para retención de ortodoncia.
- Si el tratamiento de ortodoncia del paciente se interrumpe y las bandas de ortodoncia se quitan de forma prematura, entonces el paciente ya no califica para un tratamiento de ortodoncia continuado.
- Si las bandas de ortodoncia se tienen que quitar temporalmente y después reemplazarse por una necesidad médica, debe presentarse una reclamación por un tratamiento integral de ortodoncia de la dentición del adolescente (D8080) para que se vuelvan a colocar las bandas, junto con una carta del Médico o radiólogo tratante, en papel con su membrete, que establezca la razón por la cual las bandas debieron quitarse temporalmente.

#### Pagos de ortodoncia

Debido a que los tratamientos de ortodoncia normalmente se llevan a cabo durante un tiempo prolongado, los pagos se realizan durante el tratamiento. Para recibir pagos regularmente por su tratamiento de ortodoncia, la persona cubierta debe tener cobertura continua de este Plan.

Los pagos del tratamiento se realizan: 1. cuando comienza el tratamiento (se colocan los aparatos) y 2. luego, cada seis (6) meses, hasta que se complete el tratamiento o termine la cobertura.

Antes de que comience el tratamiento, el dentista tratante debe presentarnos un presupuesto previo al tratamiento. Tú y el dentista recibirán un formulario de presupuesto de beneficios. Allí se detallará el monto máximo permitido calculado, incluido cualquier monto (coseguro) que deba pagar. Cuando comience el tratamiento, este formulario servirá como formulario de reclamaciones.

Al comenzar el tratamiento, el dentista debe presentar el formulario de presupuesto de beneficios con su firma y la fecha de colocación. El pago se emitirá después de que hayamos verificado el beneficio y la elegibilidad. Tú y el dentista recibirán un formulario de presupuesto de beneficios nuevo/revisado. Nuevamente, este servirá como formulario de reclamaciones que se presentará seis (6) meses después de la fecha de la colocación del aparato.

## **Equipos, educación y suministros para la diabetes**

Se brindan beneficios para suministros médicos, servicios y equipos utilizados en el tratamiento de la diabetes, incluidos los programas de educación sobre autoadministración para la diabetes.

El entrenamiento de autoadministración para la diabetes está cubierto para una persona con diabetes insulino dependiente, diabetes no insulino dependiente o niveles elevados de glucosa en sangre inducida por el embarazo u otra afección médica cuando:

- Es Necesario por motivos médicos;
- Es indicado por escrito por un médico o un podólogo; y
- Es proporcionado por un profesional de la salud autorizado, registrado o certificado conforme a la ley estatal.

A los fines de esta disposición, un "Profesional de la salud" significa el médico o podólogo que indica el entrenamiento o un proveedor que haya obtenido certificación en educación sobre la diabetes de la Asociación Americana de la Diabetes.

Para obtener información sobre equipos y suministros, consulta la provisión en "Suministros médicos, equipo médico duradero y aparatos" en esta sección.

## **Servicios de diagnóstico**

Tu Plan incluye beneficios para pruebas o procedimientos para encontrar o controlar una afección cuando existen síntomas específicos. Las pruebas deben ser indicadas por un Proveedor y tienen que incluir servicios de diagnóstico indicados antes de una cirugía o de una admisión en el Hospital. Los beneficios incluyen los siguientes servicios:

### **Servicios de laboratorio de diagnóstico y de patología**

### **Servicios de diagnóstico por imágenes y pruebas de diagnóstico electrónicas**

- Radiografías/servicios normales de diagnóstico por imágenes
- Ultrasonido
- Electrocardiogramas (EKG)
- Electroencefalograma (EEG)
- Ecocardiogramas
- Pruebas de audición y exámenes de visión para una afección médica o una lesión (no están destinados a la detección o a la atención preventiva)
- Análisis indicados antes de un procedimiento quirúrgico o una admisión.

## **Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes**

Los beneficios también están disponibles para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes, los cuales incluyen, entre otros, los siguientes:

- Tomografía computarizada
- Angiografía por tomografía computarizada (CTA)
- Resonancia magnética (MRI)
- Angiografía por resonancia magnética (MRA)
- Espectroscopia por resonancia magnética (MRS)
- Cardiología nuclear
- Tomografía por emisión de positrones (PET)
- Fusión de PET/CT
- Densitometría ósea por tomografía computarizada cuantitativa (QTC)
- Colonografía por CT de diagnóstico

La lista de los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes está sujeta a modificaciones a medida que cambian las tecnologías médicas.

## **Equipo médico duradero y dispositivos médicos, Aparatos ortopédicos, prótesis y suministros médicos y quirúrgicos**

### **Equipo médico duradero y dispositivos médicos**

Tu Plan incluye los beneficios para el equipo médico duradero y los dispositivos médicos cuando el equipo reúne los siguientes requisitos:

- Tiene como fin usarse reiteradas veces y no es desechable.
- Se utiliza para un fin médico y no se le puede dar otro uso cuando concluye la necesidad médica.
- Tiene como fin usarse fuera de un centro médico.
- Es para uso exclusivo del paciente.
- Cumple un objetivo médico.
- Está indicado por un Proveedor.

Los beneficios incluyen equipo y dispositivos solo para la compra (p. ej., muletas y equipo personalizado), equipo y dispositivos para la compra o de alquiler con opción de compra (p. ej., camas de Hospital y sillas de ruedas) y equipo y dispositivos de alquiler continuo (p. ej., concentrador de oxígeno, respirador y dispositivos de terapia de heridas por presión negativa). El equipo de alquiler continuo requiere la aprobación del Administrador de reclamaciones. El Plan puede limitar la cantidad de cobertura para el alquiler de equipos en curso. Es posible que el Plan no cubra más en costos de alquiler que el costo que representaría simplemente comprar el equipo.

Los beneficios incluyen los costos de reparación y reemplazo, además de los suministros y equipos asociados necesarios para el uso del equipo o dispositivo; por ejemplo, la batería para una silla de ruedas eléctrica.

El oxígeno y el equipo para su administración también son Servicios cubiertos.

## Servicios relacionados con dispositivos para la audición

Los siguientes servicios de audífonos están cubiertos cuando se obtienen como resultado de una recomendación por escrito del otorrinolaringólogo o audiólogo certificado por el estado, o cuando estos los proporcionan.

1. Evaluaciones audiológicas para medir el alcance de la pérdida de la audición y determinar el modelo y la marca más adecuada de audífono. Estas evaluaciones estarán cubiertas según los beneficios de tu plan para visitas al consultorio del médico.
2. Dispositivos para la audición (monaurales o binaurales), que incluyen moldes auriculares, los dispositivos para la audición propiamente dichos, baterías, cordones de sujeción y demás equipos auxiliares.
3. Consultas para colocación, asesoramiento, ajustes y reparaciones durante un periodo de un año a partir de la fecha en que reciba el audífono cubierto.

Cargos cubiertos en los puntos 2 y 3 mencionados arriba por audífono por oído, cada cuatro años.

Estos elementos y servicios están cubiertos por los beneficios de tu Plan para Equipo Médico Duradero (“Equipo Médico Duradero y dispositivos médicos, Aparatos ortopédicos, prótesis y suministros médicos y quirúrgicos”).

No se otorgarán beneficios en los siguientes casos:

1. Cargos por un audífono superiores a las especificaciones recetadas para la corrección de la pérdida de la audición.
2. Dispositivos para la audición implantados quirúrgicamente (por ejemplo, implantes cocleares, dispositivos para la audición de conducción ósea). Los dispositivos para la audición implantados quirúrgicamente que son Necesarios por motivos médicos pueden estar cubiertos conforme a los beneficios de tu Plan para los dispositivos protésicos (vea “Equipo Médico Duradero y dispositivos médicos, aparatos ortopédicos, prótesis y suministros médicos y quirúrgicos”).

**Nota:** Los audífonos no están cubiertos si son proporcionados por un Proveedor fuera de la red.

## Aparatos ortopédicos

Los beneficios están disponibles para ciertos tipos de Aparatos ortopédicos (aparatos, botas, férulas). Los Servicios cubiertos incluyen la compra inicial, la colocación y la reparación de un dispositivo de soporte rígido o semirrígido hecho a medida, utilizado para sostener, alinear, prevenir o corregir deformidades o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo, o para limitar o detener el movimiento de una parte del cuerpo débil o enferma.

## Prótesis

Tu Plan también incluye los beneficios para prótesis, las cuales son dispositivos artificiales que reemplazan partes del cuerpo con fines funcionales o terapéuticos, cuando estas son Necesaria por motivos médicos para desempeñar las actividades diarias.

Los beneficios incluyen la compra, la colocación, el ajuste, la reparación y el reemplazo. Los Servicios cubiertos pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- 1) Extremidades artificiales y accesorios;
- 2) Un par de anteojos o lentes de contacto luego de la extirpación quirúrgica del cristalino.
- 3) Prótesis mamarias internas o externas después de una mastectomía, según lo establecido en la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer.

- 4) Suministros de colostomía y otros suministros de ostomía (construcción quirúrgica de una abertura artificial) directamente relacionados con la atención de ostomía;
- 5) Prótesis de restauración (prótesis faciales de resina compuesta).

## **Suministros médicos y quirúrgicos**

Tu Plan incluye la cobertura de suministros médicos y quirúrgicos con fines médicos únicamente, que se utilizan una sola vez y que se compran (no se alquilan). Los suministros cubiertos incluyen jeringas, agujas, vendajes quirúrgicos, férulas y otros artículos similares que solo tienen fines médicos. Los Servicios cubiertos no incluyen artículos que habitualmente estén disponibles en el hogar para uso general, como banditas adhesivas, termómetros y vaselina.

## **Sangre y hemoderivados**

Tu Plan también incluye la cobertura para la administración y hemoderivados, a menos que se reciban de la comunidad; por ejemplo, la sangre que se dona a través de un banco de sangre.

## **Equipos y suministros para la diabetes**

Consulta la sección “Equipos, educación y suministros para la diabetes”, que aparece anteriormente en esta sección.

## **Equipos y suministros para el tratamiento del asma**

Los beneficios están disponibles para los inhaladores con espaciador, los nebulizadores (incluidos los tubos y las mascarillas) y los medidores de flujo máximo si son Necesario por motivos médicos para el control y el tratamiento del asma, incluida la capacitación para permitir que el Afiliado use adecuadamente el dispositivo.

## **Servicios de cuidados de emergencia**

Si sufres una Emergencia, llama al 911 o dirígete al Hospital más cercano para recibir tratamiento.

## **Servicios de emergencia**

Se encuentran disponibles beneficios en una Sala de emergencias de un Hospital para servicios y suministros para tratar el inicio de síntomas de una Emergencia, que se define a continuación. **No se cubren los servicios provistos para afecciones que no entran en la definición de Emergencia.**

## **Emergencia (afección médica de emergencia)**

“Emergencia” o “Condición médica de emergencia” hace referencia a una afección médica o de salud conductual de aparición reciente y gravedad suficiente, como los dolores agudos, que llevaría a una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre medicina y salud, a creer que la naturaleza de la afección, enfermedad o lesión es tal que si no recibe cuidado médico inmediato podría provocar una de las siguientes situaciones: (a) poner la salud del paciente o de otra persona en grave peligro o, para las mujeres embarazadas, poner tu salud o la del niño por nacer en grave peligro; (b) deficiencias graves en las funciones corporales; o (c) disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal. Dichas condiciones incluyen, pero no se limitan a, dolor de pecho, accidente cerebrovascular, envenenamiento, problemas graves para respirar, pérdida del conocimiento, quemaduras o cortes graves, sangrado incontrolable, convulsiones y otras condiciones agudas que puedan determinarse como Emergencias por el Administrador de reclamaciones.

## Atención de Emergencia

“Atención de emergencia” hace referencia a un examen médico o de salud del comportamiento realizado en el Departamento de Emergencias de un Hospital, e incluye los servicios que habitualmente se encuentran disponibles en dicho departamento a fin de evaluar una Afección médica de emergencia. Incluye exámenes médicos o de salud del comportamiento y tratamientos adicionales, según se requiera para estabilizar al paciente.

Los servicios Necesarios por motivos médicos estarán cubiertos, ya sea que recibas el cuidado de un Proveedor dentro o fuera de la red. El Cuidado de emergencia que recibas de un Proveedor fuera de la red estará cubierto, pero quizá debas pagar la diferencia entre el cargo del Proveedor fuera de la red y el Monto máximo aprobado, así como cualquier Coseguro, Copago o Deducible pertinente.

El Monto máximo aprobado para el Cuidado de emergencia de un Proveedor fuera de la red será el siguiente:

1. El monto negociado con los Proveedores de la red para el servicio de Emergencia provisto.
2. El monto por el servicio de Emergencia calculado con el mismo método que generalmente usa el Administrador de reclamaciones para determinar los pagos de los servicios fuera de la red, pero usando las disposiciones de costos compartidos de la red en lugar de las disposiciones de costos compartidos fuera de la red.
3. El monto que debería pagarse según Medicare para el servicio de Emergencia.

Si eres ingresado al Hospital desde la Sala de emergencias, asegúrate de que tú o el Médico llamen al Administrador de reclamaciones tan pronto como sea posible. El Administrador de reclamaciones revisará tu cuidado para determinar si se autoriza la hospitalización y la cantidad de días que aprobarán. Consulta la sección “Solicitud de aprobación de beneficios” para obtener más información. Si tú o tu Médico no llaman al Administrador de reclamaciones, quizá debas pagar los servicios que no se determinan Necesarios por motivos médicos.

El tratamiento que recibas después de que se establezca tu condición estará cubierto como Necesario por motivos médicos según el Médico tratante.

## Pruebas genéticas

Pruebas genéticas para que las personas evalúen su riesgo por diversas condiciones.

**Nota:** Las pruebas solo están disponibles según las pautas clínicas del Administrador de reclamaciones. Si tienes preguntas sobre la información que contiene esta sección, consulta el sitio web del Administrador de reclamaciones [www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca) o llama a Servicios para afiliados de UC SHIP, al 1-866-940-8306 para obtener más información.

## Servicios de recuperación de las habilidades

Los beneficios incluyen servicios y dispositivos de recuperación de las habilidades que te ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Los ejemplos incluyen terapia para niños que no hablan o que no caminan a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, servicios para las patologías del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes internados o ambulatorios.

Consulta el apartado “Servicios de terapia” que aparece más adelante en esta sección para obtener información adicional.

## Pruebas de VIH

Pruebas de VIH (virus de inmunodeficiencia humana), independientemente de que las pruebas estén relacionadas con el diagnóstico principal. Esta cobertura se brinda conforme a los términos y las condiciones de este plan que se aplican a todas las demás afecciones médicas.

## Servicios de atención médica a domicilio

Los beneficios están disponibles para los Servicios cubiertos prestados por una Agencia para el cuidado de la salud en el hogar u otro Proveedor en tu hogar. A fin de ser elegible para los beneficios, básicamente debes permanecer en tu hogar, como alternativa a la hospitalización, y estar físicamente incapacitado para obtener los servicios médicos necesarios de forma ambulatoria. Los servicios deben ser recetados por un Médico y deben ser esencialmente complejos, de modo que solo personal de salud calificado, técnico o profesional puedan prestarlos con seguridad y eficacia.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios de enfermería especializada intermitente proporcionados por un enfermero registrado (RN) o un enfermero práctico autorizado (LPN).
- Servicios sociales/médicos.
- Servicios de diagnóstico
- Orientación nutricional
- Capacitación del paciente o la familia/el cuidador.
- Servicios de un asistente para servicios de salud en el hogar. Debes estar recibiendo enfermería especializada o terapia. Los servicios deben ser brindados por personal debidamente calificado y que trabaje para el Proveedor del cuidado de la salud a domicilio. Otras organizaciones pueden brindar servicios solo con la aprobación del Administrador de reclamaciones, y sus tareas deben ser asignadas y supervisadas por un enfermero profesional integrante del personal del Proveedor del cuidado de la salud a domicilio.
- Servicios de terapia
- Suministros médicos
- Equipo médico duradero
- Servicios de enfermería privada

## Terapia de infusión a domicilio

Consulta “Servicios de terapia”, que aparece más adelante en esta sección.

## Cuidado de hospicio

Los servicios y suministros que se enumeran a continuación son Servicios cubiertos cuando son brindados por un Centro para enfermos terminales para la atención médica paliativa del dolor y de otros síntomas que forman parte de una enfermedad terminal.

La atención médica paliativa hace referencia a la atención médica que controla el dolor y alivia los síntomas, pero no tiene el fin de curar ninguna enfermedad terminal. Los Servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

1. Cuidado proporcionado por un equipo interdisciplinario con el desarrollo y el mantenimiento de un Plan de cuidados adecuado.
2. Atención en hospital para pacientes internados a corto plazo cuando se necesite en periodos de crisis o como atención de relevo.
3. Servicios de enfermería especializada, servicios de asistencia sanitaria a domicilio y servicios domésticos prestados por un enfermero registrado o bajo su supervisión.

4. Servicios sociales y de asesoramiento prestados por un trabajador social autorizado.
5. Ayuda nutricional, como la alimentación intravenosa y las sondas nasogástricas.
6. Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria proporcionadas por un terapeuta autorizado.
7. Fármacos, equipos y suministros médicos necesarios para la atención médica paliativa de tu afección, lo que incluye oxígeno y suministros de terapia respiratoria relacionados.
8. Servicios de duelo, que incluyen la evaluación de las necesidades de la familia que realiza el duelo y el desarrollo de un Plan de cuidados para satisfacer esas necesidades, tanto antes como después de la muerte del afiliado. Los servicios de duelo familiar están disponibles para los familiares directos vivos durante el período de un año después de la muerte del afiliado. "Familiares directos" hace referencia a tu cónyuge, tus hijos, tus hijastros, tus padres y tus hermanos.

Tu Médico y el director Médico del Hospicio deben certificar que eres un enfermo terminal y que posiblemente tienes menos de seis meses de vida. Tu Médico debe aceptar el cuidado que brinde el Hospicio y debe ser consultado en el desarrollo del Plan de tratamiento. El Hospicio debe conservar un Plan de cuidados escrito archivado y dárselo al Administrador de reclamaciones cuando lo solicite.

Los beneficios de Servicios cubiertos que no figuran en la lista anterior, como quimioterapia o radioterapia proporcionadas como atención médica paliativa, están disponibles para el Afiliado en el Centro para enfermos terminales. Estos Servicios cubiertos adicionales tendrán cobertura conforme a otras partes de este Plan.

## **Servicios de trasplantes de órganos y tejidos humanos (médula ósea/células madre)**

Tu Plan cubre trasplantes de órganos y tejidos humanos Necesario por motivos médicos. Ciertos trasplantes (por ejemplo, de córnea) están cubiertos como cualquier otra cirugía conforme a los beneficios habituales para Pacientes hospitalizados y ambulatorios que se describen en otra parte en este Folleto de beneficios.

En esta sección, se describen los beneficios de ciertos Procedimientos de trasplante cubiertos durante el periodo de beneficios de trasplante. Cualquier Servicio cubierto relacionado con un Procedimiento de trasplante cubierto y recibido antes o después del Periodo de beneficios del trasplante está cubierto conforme a los beneficios habituales para Pacientes hospitalizados y ambulatorios que se describen en otra parte en este Folleto de beneficios.

En esta sección, verá algunos términos clave, que se definen a continuación:

### **Procedimiento de trasplante cubierto**

Cualquier trasplante de órganos humanos, tejidos y células madre/médula ósea Necesario por motivos médicos e infusiones, incluidos los procedimientos de adquisición necesarios, la movilización, la recolección y el almacenamiento. También incluye la quimioterapia preparativa mielosupresora o de intensidad reducida, o la radioterapia Medicamento necesarias, o una combinación de estas terapias.

### **Proveedor de trasplantes de la red**

Un Proveedor que el Administrador de reclamaciones ha elegido como Centro de Excelencia Médica o un Proveedor seleccionado para participar como Proveedor de trasplantes de la red por Blue Cross and Blue Shield Association. Dicho Proveedor celebró un acuerdo de Proveedor de trasplantes para brindarle Procedimientos de trasplante cubiertos y ocuparse de ciertas tareas administrativas para la red de trasplantes. Un Proveedor puede ser un Proveedor de trasplantes de la red para:

- determinados Procedimientos de Trasplante Cubiertos; o
- Todos los Procedimientos de trasplante cubiertos.

## Proveedor de trasplantes fuera de la red

Cualquier Proveedor que **NO** haya sido elegido como Centro de Excelencia Médica por el Administrador de reclamaciones ni haya sido seleccionado para participar como Proveedor de trasplantes de la red por Blue Cross and Blue Shield Association.

## Periodo de beneficios de trasplante

En un Centro Proveedor de trasplantes de la red, el Periodo de beneficios del trasplante empieza un día antes de un Procedimiento de trasplante cubierto y continúa durante el periodo de tasa de casos/tiempo global pertinente. La cantidad de días varía de acuerdo con el tipo de trasplante recibido y el acuerdo con el Proveedor de trasplantes dentro de la red. Llama al Administrador de casos para obtener detalles específicos sobre el Proveedor de trasplantes de la red para los servicios recibidos en un Centro Proveedor de trasplantes de la red o coordinados por este.

En un Centro Proveedor de trasplantes fuera de la red, el periodo de beneficios para trasplante comienza un día antes del Procedimiento de trasplante cubierto y dura hasta la fecha del alta.

## Trasplantes especificados

Debes obtener la autorización previa del Administrador de reclamaciones para todos los servicios, incluidos, pero no limitados a, las pruebas preoperatorias y el cuidado posoperatorio relacionados con los siguientes trasplantes especificados: corazón, hígado, pulmón, combinación corazón-pulmón, riñón, páncreas, páncreas y riñón simultáneamente o médula ósea/células madre y procedimientos similares. Los trasplantes especificados deben practicarse en Centros de Excelencia Médica (CME), Centros de Cuidados Especializados Blue Distinction (BDCSC) o por un Proveedor de UC Family. **Los cargos por los servicios proporcionados para o en relación con un trasplante especificado practicado en un centro que no sea un CME, BDCSC o un Proveedor de UC Family no se considerarán cubiertos.** Llama al número de teléfono gratuito que aparece en tu Tarjeta de identificación para obtener una revisión previa al servicio si tu Médico recomienda un trasplante especificado para tu cuidado médico. Un Administrador de casos y coordinador de trasplantes te facilitará el acceso al CME, BDCSC o Proveedor de UC Family. Consulta "Solicitud de aprobación de beneficios" para obtener más información.

## Aprobación previa y Certificación previa

**Para aprovechar al máximo tus beneficios, debes llamar al Departamento de Trasplantes del Administrador de reclamaciones tan pronto pienses que puedas necesitar un trasplante para hablar sobre tus opciones de beneficios. Debes realizar esto antes de que te examinen o te realicen las pruebas diagnósticas para determinar la necesidad de un trasplante.** Ellos te ayudarán a aprovechar al máximo tus beneficios dándote información sobre la cobertura, incluidos los detalles sobre lo que está cubierto y si se aplican pautas clínicas de cobertura, políticas médicas, reglas de Proveedores de trasplantes de la red o exclusiones.

Llama al número de Servicios para Afiliados que aparece en el reverso de tu tarjeta de identificación y pide hablar con el coordinador de trasplantes. Aunque te den una aprobación previa para el Procedimiento de trasplante cubierto, tú o tu Proveedor deben llamar al Departamento de Trasplantes para solicitar la Certificación previa antes del trasplante, independientemente de que este se practique en un centro para Pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Se requiere la Certificación previa antes de que el Plan cubra los beneficios para un trasplante. Tu médico debe certificar, y el Administrador de reclamaciones debe aceptar, que el trasplante es necesario por motivos médicos. Tu Médico debe enviar una solicitud para la Certificación previa por escrito al Administrador de reclamaciones tan pronto como sea posible para empezar este proceso. Si no obtienes la Certificación previa, se te negarán los beneficios.

Ten en cuenta que hay casos en los que tu Proveedor pide una aprobación para el examen de antígenos leucocitarios humanos (HLA), búsqueda de donantes o recolección y almacenamiento de células madre antes de la decisión final acerca de qué procedimiento de trasplante se necesitará. En estos casos, los cargos del examen de HLA y de la búsqueda de donante están cubiertos como pruebas de diagnóstico de rutina. Se estudiará si la solicitud de recolección y almacenamiento reviste Necesidad médica y es posible que sea aprobada. Sin embargo, la aprobación para el examen de HLA, la búsqueda de donante o la recolección y el almacenamiento NO constituye una aprobación para el trasplante posterior. Se requiere una decisión sobre la Necesidad médica por separado para el trasplante.

## **Beneficios del donante**

Los beneficios del donante de órganos son los siguientes:

- Cuando tanto el donante de órganos como la persona que recibe el órgano son Afiliados cubiertos conforme a este Plan, cada uno recibirá beneficios conforme a sus Planes.
- Cuando la persona que recibe el órgano es un Afiliado cubierto conforme a este Plan, pero el donante no lo es, los beneficios según este Plan se limitan a aquellos que no están disponibles para el donante de ninguna otra fuente. Esto incluye, entre otros, otro seguro, subsidios, programas gubernamentales y de fundaciones.
- Si un Afiliado cubierto conforme a este Plan dona el órgano a una persona que no es un Afiliado cubierto, los beneficios no estarán disponibles según este Plan.

## **Transporte y alojamiento**

El Plan cubrirá el costo de los gastos de viaje razonables y necesarios cuando obtengas aprobación previa y necesites viajar a más de 250 millas de tu residencia permanente para llegar al Centro donde se practicará el Procedimiento de trasplante cubierto. La ayuda con los gastos de viaje incluye el transporte hacia y desde el Centro y el alojamiento para el paciente y un acompañante. Si el Afiliado que recibe el cuidado es menor de edad, los gastos razonables y necesarios para el transporte y el alojamiento pueden permitirse para dos acompañantes. Debes enviar recibos detallados de los gastos de transporte y alojamiento en un formulario que el Administrador de reclamaciones estime satisfactorio cuando se presentan las reclamaciones. Llama al Administrador de reclamaciones para obtener información completa.

Los siguientes gastos de viaje en relación con un trasplante de órgano humano aprobado practicado en Centros de Excelencia Médica (CME), Centros de Cuidados Especializados Blue Distinction (BDCSC) o Proveedores de UC Family y solo cuando el hogar del receptor o el donante se encuentre a más de 250 millas del CME, BDCSC o Proveedor de UC Family específico, siempre que los gastos sean aprobados por adelantado por el Administrador de reclamaciones:

1. Para el receptor y un acompañante, por trasplante, hasta seis viajes por ocasión:
  - a. Pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica al CME, BDCSC o Proveedor de UC Family, que no supere los \$250 por persona por viaje.
  - b. Alojamiento en hotel, que no supere los \$100 por día durante un máximo de 21 días por viaje, limitado a una habitación doble.
  - c. Otros gastos razonables (sin incluir gastos de comidas, tabaco, bebidas alcohólicas y medicamentos) que no superen los \$25 por día por persona, durante un máximo de 21 días por viaje.
2. Para el donante, por trasplante, limitado a un viaje:
  - a. Pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica al CME, BDCSC o Proveedor de UC Family, que no supere los \$250.

- b. Alojamiento en hotel, que no supere los \$100 por día durante un máximo de 7 días.
- c. Otros gastos razonables (sin incluir gastos de comidas, tabaco, bebidas alcohólicas y medicamentos) que no superen los \$25 por día durante un máximo de 7 días.

Para los beneficios de alojamiento y transporte terrestre, el Plan cubrirá los costos hasta los límites actuales expuestos en la Ley de Impuesto a las Ganancias.

Entre los servicios no cubiertos para transporte y alojamiento, se incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Cuidado de niños.
2. Transporte dentro de la ciudad donde está situado el Centro médico de trasplantes.
3. Automóviles alquilados, autobuses, taxis o servicio especial de enlace, salvo con la aprobación específica del Administrador de reclamaciones.
4. Millas de viajero frecuente.
5. Cupones, vales o boletos de viaje.
6. Pagos por adelantado o depósitos.
7. Servicios por una afección que no está directamente relacionada con el trasplante o que no es consecuencia directa de este.
8. Llamadas telefónicas.
9. Lavandería.
10. Franqueo.
11. Entretenimiento.
12. Costos de viaje del acompañante/cuidador del donante.
13. Visitas de regreso para el donante por el tratamiento de una enfermedad descubierta durante la evaluación.
14. Comidas.

**Algunos Servicios de trasplantes de órganos y tejidos humanos pueden ser limitados. Consulta la Lista de beneficios.**

## **Inmunizaciones**

Las inmunizaciones preventivas proporcionadas por un Proveedor de la red están cubiertas conforme a este Plan. Consulta la sección "Cuidado preventivo" en este Folleto de beneficios para obtener una lista de inmunizaciones preventivas.

Esta lista no es exhaustiva y está sujeta a cambios. Consulta las pautas clínicas de Anthem Blue Cross en [www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca) para obtener más información.

## **Servicios para pacientes internados**

### **Atención hospitalaria para pacientes internados**

Los Servicios cubiertos incluyen los cuidados intensivos en un Hospital.

Los beneficios de servicios de habitación, comida y enfermería incluyen los siguientes:

- Una habitación con dos o más camas.
- Una habitación privada. El monto máximo que el Plan cubrirá para una habitación privada es la tarifa de habitación semiprivada promedio del Hospital, a menos que sea Necesario por motivos médicos que permanezcas en una habitación privada para estar aislado, y no se disponga de instalaciones de aislamiento de pacientes.

- Una habitación en una unidad de cuidados especiales aprobada por el Administrador de reclamaciones. La unidad debe contar con instalaciones, equipos y servicios de apoyo para cuidados intensivos de pacientes con enfermedades graves.
- Atención médica infantil de rutina para recién nacidos durante la estadía normal de la madre en el Hospital.
- Comidas y dietas especiales.
- Servicios generales de enfermería.

Los beneficios para servicios auxiliares incluyen lo siguiente:

- Quirófano, sala de partos y de tratamiento, y equipos.
- Medicamentos recetados.
- Anestesia, suministros y servicios de anestesia administrados por el hospital u otro Proveedor.
- Vendajes y suministros médicos y quirúrgicos, yesos y férulas.
- Servicios de diagnóstico.
- Servicios de terapia.

## **Servicios profesionales para pacientes internados**

Los Servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

1. Visitas de atención médica.
2. Cuidado médico intensivo cuando tu afección lo requiera.
3. Tratamiento para un problema de salud, proporcionado por un Médico que no es tu cirujano, mientras tú estás en el Hospital para someterte a una cirugía. Los beneficios incluyen el tratamiento proporcionado por dos o más Médicos durante la estadía en un Hospital cuando la naturaleza o la gravedad de tu problema de salud requieran las habilidades de Médicos diferentes.
4. Un examen personal hecho en la cama por un Médico cuando sea pedido por tu Médico. Los beneficios no están disponibles para las consultas de personal requeridas por el Hospital, las consultas pedidas por el paciente, las consultas de rutina, las consultas telefónicas o la transmisión de electrocardiogramas por teléfono.
5. Cirugía y anestesia general.
6. Examen del recién nacido. Un Médico que no sea el Médico obstetra que asistió el parto debe realizar el examen.
7. Cargos de los profesionales para interpretar exámenes de diagnóstico, como diagnósticos por imágenes, informes de patología y cardiología.

## **Servicios de maternidad y salud reproductiva**

### **Maternidad**

Los Servicios cubiertos incluyen aquellos servicios necesarios durante un embarazo normal o complicado y para los servicios necesarios para un aborto espontáneo. Los servicios de maternidad cubiertos incluyen lo siguiente:

- Servicios profesionales y prestados en un Centro para el parto en un Centro o en el hogar, incluidos los servicios de un enfermero obstetra debidamente certificado.
- Cuidado en la sala de recién nacidos de rutina para recién nacidos durante la hospitalización normal de la madre para incluir la circuncisión de un Dependiente masculino cubierto.
- Servicios prenatales, posnatales y relacionados.
- Exámenes de detección fetales Necesarios por motivos médicos, que son exámenes sobre el estado genético o cromosómico del feto, como se permitan.

Si estás embarazada en tu Fecha de entrada en vigor y estás en el primer trimestre de embarazo, debes cambiarte a un Proveedor de la red para que te cubran los Servicios cubiertos al nivel correspondiente de la red. Si estás embarazada en tu Fecha de entrada en vigor y estás en el segundo o tercer trimestre de embarazo (13 semanas o más) a partir de la Fecha de entrada en vigor, los beneficios de cuidado obstétrico estarán disponibles al nivel correspondiente de la red aunque se use un Proveedor fuera de la red si completa una Continuación del formulario de solicitud de cuidado y la entrega al Administrador de reclamaciones. Los Servicios cubiertos incluirán la atención obstétrica proporcionada por ese Proveedor hasta el final del embarazo y el periodo posparto inmediato.

**Nota importante con respecto a los Ingresos por maternidad:** Conforme a la ley federal, es posible que el Plan no limite los beneficios del periodo en el Hospital en un parto para madres o recién nacidos a menos de cuarenta y ocho (48) horas luego del parto vaginal o menos de noventa y seis (96) horas luego de un parto por cesárea. Sin embargo, en general, la ley federal no prohíbe que el Proveedor tratante de la madre o el Recién nacido, después de haber consultado a la madre, dé de alta a los pacientes antes de las cuarenta y ocho (48) horas, o noventa y seis (96) horas, según corresponda. En todo caso, como lo estipula la ley federal, es posible que el Plan no exija que el Proveedor obtenga autorización antes de recetar un periodo de estadía de menos de cuarenta y ocho (48) horas para un parto vaginal o noventa y seis (96) horas luego de un parto por cesárea.

## **Beneficios de anticonceptivos**

Los beneficios incluyen medicamentos anticonceptivos orales recetados, medicamentos anticonceptivos inyectables y parches. Los beneficios también incluyen dispositivos anticonceptivos, como diafragmas, dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes. Determinados anticonceptivos están cubiertos en virtud del beneficio estipulado en “Atención preventiva”. Para obtener más información, consulta dicha sección.

## **Servicios de esterilización**

Los beneficios incluyen servicios de esterilización y servicios para revertir una esterilización no provocada que se produjo como consecuencia de una enfermedad o lesión. Las reversiones de las esterilizaciones provocadas no están cubiertas. En las mujeres, las esterilizaciones están cubiertas en virtud del beneficio de “Atención preventiva”.

## **Servicios de aborto**

Los beneficios incluyen servicios para un aborto terapéutico, que se realiza por recomendación de un Proveedor para salvar la vida o la salud de la madre, o como consecuencia de incesto o violación. El Plan también cubrirá abortos provocados.

## **Conservación de la fertilidad**

Servicios cubiertos para los servicios de preservación de fertilidad necesarios por motivos médicos cuando un tratamiento necesario por motivos médicos puede causar directa o indirectamente esterilidad iatrogénica. Estos tratamientos médicos pueden incluir la quimioterapia, tratamiento hormonal, radiación, cirugía u otras medicaciones que determinan el riesgo de provocar esterilidad. Los Servicios cubiertos conforme al Plan son los siguientes:

- Recolección y tratamientos de preservación de fertilidad estándar identificados por sociedades profesionales adecuadas, como la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva o la Sociedad Americana de Oncología Clínica.
- Congelamiento de embriones y óvulos: medicaciones, tarifas de Médicos, costos de la anestesia, pruebas de enfermedades infecciosas y procedimientos de laboratorio.
- Congelamiento de esperma.
- Pruebas de laboratorio de enfermedades infecciosas para el almacenamiento de material reproductivo.

- Almacenamiento de material reproductivo durante el periodo de afiliación solo en el Plan UC SHIP; los gastos de almacenamiento ya no están cubiertos cuando el Afiliado se va del Plan.
- Procedimientos quirúrgicos relacionados con los servicios de preservación de fertilidad.\*
- Blindaje contra la radiación.
- Medicamentos recetados que guardan relación con los servicios de preservación de fertilidad

Si se autorizan los servicios (consulta “Cómo obtener la aprobación para los beneficios” para obtener detalles), este Plan proporcionará los beneficios Necesarios por motivos médicos en relación con la preservación de la fertilidad. El máximo del Plan no superará los \$20,000 durante la vida del Afiliado mientras esté cubierto conforme al UC SHIP. El Proveedor puede facturar la preservación anualmente. El Afiliado será responsable del pago y de la entrega de las facturas a Anthem trimestralmente para obtener el reembolso.

Es necesario obtener una Certificación previa antes de buscar servicios.

## Evacuación médica

Para los Afiliados que estudian o viajan al extranjero o los estudiantes internacionales en EE. UU. con una visa de no inmigrante, los beneficios se pagarán para el reembolso de los gastos incurridos, transportándote de vuelta a tu país de residencia legal para el cuidado y tratamiento médicos. El Plan pagará los beneficios de evacuación médica si: (a) tu enfermedad comenzó o tu lesión se produjo mientras estabas cubierto por este Plan; (b) tu Médico certifica por escrito que estás médicamente estable y requieres más cuidado y tratamiento para tu accidente o enfermedad; y (c) has incurrido en gastos para tu transporte de vuelta a tu país de residencia legal para recibir cuidados y tratamiento médicos. El monto total del beneficio para la evacuación médica es de \$50,000.

No se pagarán los beneficios conforme a este Plan para los gastos incurridos para o en relación con lo siguiente:

1. Servicios para la evacuación médica cuando sufres lesiones leves, lesiones simples como torceduras, fracturas cerradas o enfermedades leves que pueden tratarse en el país donde estás estudiando o viajando y no te impiden participar en tus estudios.
2. Servicios para la evacuación médica cuando tu Médico no certifica, por escrito, que necesitas más cuidados o tratamiento médicos para una enfermedad o accidente que has comenzado o se ha producido mientras viajabas o estudiabas en el extranjero.
3. El costo del pasaje aéreo para un Integrante de la familia o compañero de viaje que te acompaña.

## Servicios de salud mental y por abuso de sustancias

Debes obtener la Certificación previa para ciertos Servicios de salud mental y abuso de sustancias y para el tratamiento del trastorno generalizado del desarrollo o autismo. (Consulta “Trastorno generalizado del desarrollo o autismo” en esta sección y la sección “Cómo obtener la aprobación para los beneficios” para obtener detalles).

Los Servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- **Servicios para Pacientes internados** en un hospital o centro que debemos cubrir conforme a la ley estatal. Los beneficios para pacientes hospitalizados incluyen los siguiente:
  - Hospitalización psiquiátrica para pacientes hospitalizados, incluidos el alojamiento y las comidas, los medicamentos y los servicios de los médicos y otros Proveedores que son profesionales del cuidado de la salud autorizados actuando dentro del ámbito de su licencia.
  - Observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda.

- Desintoxicación: manejo médico de los síntomas de abstinencia, entre ellos, alojamiento y comidas, servicios de médicos, medicamentos, servicios de recuperación de la dependencia, educación y asistencia psicológica.
  - Tratamiento residencial especializado durante las 24 horas del día, brindado en un Centro de tratamiento residencial autorizado. Brinda un tratamiento personalizado e intensivo, e incluye lo siguiente:
    - Tratamiento en un programa de crisis con alojamiento:
      - Observación y evaluación de un médico, semanalmente o con más frecuencia.
      - Rehabilitación, terapia y educación.
  - Servicios de recuperación con alojamiento de transición para el abuso de sustancias (dependencia de sustancias químicas).
- **Servicios para pacientes ambulatorios**, incluidos los siguientes:
    - Tratamiento en el departamento para pacientes ambulatorios de un Hospital o Centro para pacientes ambulatorios, como una Hospitalización parcial/Programas de tratamiento diurnos y Programas intensivos para pacientes ambulatorios.
    - Pruebas psicológicas para pacientes ambulatorios.
    - Programas de tratamiento diurnos de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.
    - Tratamiento multidisciplinario en un programa intensivo de tratamiento psiquiátrico para pacientes ambulatorios.
- **Consultas en el consultorio**, incluidas las siguientes:
    - Tratamiento y evaluación individual y grupal de la salud mental,
    - Asesoramiento de farmacodependencia individual y grupal,
    - Servicios para supervisar la terapia de medicamentos.
    - Tratamiento de mantenimiento con metadona.
    - Tratamiento médico para los síntomas de abstinencia, tratamiento de salud conductual para el Trastorno generalizado del desarrollo o autismo en un consultorio.
- **Consultas por Internet**, cuando estén disponibles en tu área. Los Servicios cubiertos incluyen consultas al Médico a través de Internet, usando una cámara web, chat o programas de voz. Las consultas realizadas por Internet no incluyen el informe de resultados de pruebas de laboratorio normales u otros resultados; la solicitud de consultas en el consultorio; las respuestas relacionadas con la facturación, la cobertura del seguro o los pagos; la solicitud de derivaciones a médicos que estén fuera del panel de atención médica por Internet; la certificación previa para beneficios; o las conversaciones entre médicos. Las consultas están cubiertas conforme al Plan por parte de los Proveedores de telesalud que se comprometen por contrato con el Administrador de reclamaciones.
- **Otros servicios para pacientes ambulatorios**, incluidos los siguientes:
    - Programas de hospitalización parcial y Programas intensivos para pacientes ambulatorios.
    - Pruebas psicológicas para pacientes ambulatorios.
    - Programas de tratamiento diurnos de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.
    - Tratamiento multidisciplinario en un programa intensivo de tratamiento psiquiátrico para pacientes ambulatorios.
    - Terapia electroconvulsiva.
    - Tratamiento de salud conductual para el Trastorno generalizado del desarrollo o Autismo en un consultorio.
- **Tratamiento de salud del comportamiento destinado al Trastorno generalizado del desarrollo o Autismo.** En esta sección, se tratan los servicios para pacientes hospitalizados, consultas en el consultorio y otros artículos y servicios para pacientes ambulatorios. Consulta “Trastorno generalizado del desarrollo o autismo” que aparece más adelante en esta sección para obtener una descripción de los servicios adicionales que están cubiertos.

- **Pruebas psicoeducativas.** Las pruebas psicoeducativas estarán cubiertas cuando las realice un neuropsicólogo o un psicólogo clínico autorizado, educativo o de asistencia psicológica a fin de evaluar y diagnosticar limitaciones funcionales debido a problemas de aprendizaje. El máximo del Plan no superará los \$3,000 durante la vida del Afiliado mientras esté cubierto conforme al UC SHIP.

Estos son ejemplos de Proveedores de los cuales puedes recibir Servicios cubiertos:

- psiquiatra;
- psicólogo;
- neuropsicólogo;
- trabajador social clínico certificado (LCSW);
- especialista en enfermería clínica de salud mental;
- terapeuta matrimonial y familiar certificado (licensed marriage and family therapist, LMFT);
- consejero profesional certificado (LPC);
- cualquier agencia autorizada por el estado para prestar estos servicios, siempre que los tengamos que cubrir por ley, o
- proveedores, profesionales y paraprofesionales calificados que brindan de servicios para el autismo. Consulta estas definiciones en la sección “Trastorno generalizado del desarrollo o autismo” que aparece a continuación.

## Terapia ocupacional

Consulta el apartado “Servicios de terapia” que aparece más adelante en esta sección.

## Consultas en el consultorio y Servicios del médico

Los Servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

**Consultas en el consultorio** para cuidado médico (incluidas las segundas opiniones quirúrgicas) para examinar, diagnosticar y tratar una enfermedad o una lesión.

Visitas a domicilio para brindar atención médica a fin de examinar, diagnosticar y tratar una enfermedad o lesión. Ten en cuenta que las visitas del médico en el domicilio son diferentes del beneficio de “Cuidado de la salud a domicilio” descrito anteriormente en este Folleto de beneficios.

**Cuidado en una clínica de salud en establecimiento minorista** para servicios de cuidado médico básicos y limitados para Afiliados, sin cita previa. Estas clínicas normalmente se encuentran en las principales farmacias o tiendas minoristas. Los servicios de atención médica son habitualmente brindados por asistentes de Médicos o enfermeros practicantes. Los servicios se limitan al cuidado de rutina y al tratamiento de enfermedades comunes para adultos y niños.

**Consultas en el consultorio del Médico** sin cita previa para los servicios limitados al cuidado de rutina y al tratamiento de enfermedades comunes para adultos y niños. No tienes que ser un paciente existente o tener una cita para realizar una consulta en el consultorio del Médico sin cita previa.

**Cuidados de urgencia**, como se describe en la información de “Servicios de emergencia y cuidados de urgencia” que aparece anteriormente en esta sección.

## Aparatos ortopédicos

Consulta “Equipo Médico Duradero y dispositivos médicos, aparatos ortopédicos, prótesis y suministros médicos y quirúrgicos” que aparece anteriormente en esta sección.

## Osteoporosis

Cobertura de servicios relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y el manejo adecuado de la osteoporosis, incluidas, entre otras, todas las tecnologías aprobadas por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), como las tecnologías para el examen de densitometría ósea, que se consideren Necesaria por motivos médicos.

### Servicios en un centro para pacientes ambulatorios

Tu Plan incluye Servicios cubiertos en alguno de estos centros de salud:

- hospital para pacientes ambulatorios;
- centro de cirugía para pacientes ambulatorios independiente;
- centro para la salud mental y el abuso de sustancias;
- otros Centros aprobados por el Administrador de reclamaciones.

Los beneficios incluyen la cobertura de los cargos del Centro y los cargos relacionados (auxiliares), cuando corresponda, como los siguientes:

- quirófanos y equipos;
- medicamentos recetados, incluidos los Medicamentos especializados;
- anestesia, suministros y servicios de anestesia brindados por el Hospital u otro Centro de salud;
- vendajes y suministros médicos y quirúrgicos, yesos y férulas;
- servicios de diagnóstico; y
- servicios de terapia.

### Trastorno generalizado del desarrollo o autismo

Los beneficios se proporcionan para el tratamiento de salud conductual para el Trastorno generalizado del desarrollo o autismo. Esta cobertura se proporciona de acuerdo con los términos y las condiciones de este Folleto de beneficios que se aplican a todas las demás condiciones médicas, excepto lo específicamente estipulado en esta sección.

Los servicios de tratamiento de salud del comportamiento cubiertos conforme a este plan están sujetos a los mismos deducibles, coseguro y copagos que se aplican a los servicios brindados para otras afecciones médicas cubiertas. Los servicios proporcionados por Proveedores, profesionales y paraprofesionales calificados que brindan servicios para el autismo (consulta "Definiciones" a continuación) se cubrirán conforme a los beneficios del Plan que se aplican para las consultas en el consultorio de Médicos, ya sea que los servicios se proporcionen en el consultorio del Proveedor o en el hogar del paciente. Los servicios brindados en un centro, como el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, se cubrirán conforme a los beneficios del plan que se aplican a dichos centros.

#### Tratamiento de la salud del comportamiento

Los servicios de tratamiento de salud conductual cubiertos por este Folleto de beneficios son aquellos servicios profesionales y programas de tratamiento, incluidos el análisis del comportamiento aplicado y los programas de intervención del comportamiento basados en evidencia, que desarrollan o restauran, hasta el punto máximo factible, el funcionamiento de una persona con Trastorno generalizado del desarrollo o autismo y que cumplen con los siguientes requisitos:

- El tratamiento debe ser indicado por un médico y cirujano autorizado (MD o DO) o desarrollado por un psicólogo autorizado.

- El tratamiento se debe realizar conforme a un plan de tratamiento recetado por un Proveedor calificado de servicios para el autismo y lo administra alguna de las siguientes personas: (a) un Proveedor calificado de servicios para el autismo, (b) un profesional calificado de servicios para el autismo supervisado y contratado por un Proveedor calificado de servicios para el autismo, o (c) un paraprofesional calificado de servicios para el autismo supervisado y contratado por un Proveedor calificado de servicios para el autismo, y
- El plan de tratamiento debe tener objetivos medibles y plazos específicos, y estar desarrollado y aprobado por el Proveedor calificado de servicios para el autismo específicamente para el paciente que recibe el tratamiento. El plan de tratamiento debe ser revisado no menos de una vez cada seis meses por el Proveedor calificado de servicios para el autismo y debe modificarse cuando sea apropiado; debe ser coherente con las leyes estatales vigentes que imponen requisitos a la prestación de servicios de Análisis del comportamiento aplicado e intervención del comportamiento intensiva a ciertas personas conforme a los cuales el Proveedor calificado de servicios para el autismo debe hacer lo siguiente:
  - Describir los deterioros en la salud del comportamiento del paciente que deben tratarse.
  - Diseñar un Plan de intervención que incluye el tipo de servicio, la cantidad de horas y la participación parental necesaria (si la hubiera) para alcanzar las metas y los objetivos del Plan de intervención, y la frecuencia con la que se evalúa e informa el progreso del paciente.
  - Proporcionar Planes de intervención que utilicen prácticas con base en evidencia con eficacia clínica demostrada para el tratamiento del Trastorno generalizado del desarrollo o autismo.
  - Interrumpir los servicios de intervención del comportamiento intensiva cuando se cumplan las metas y los objetivos del tratamiento o cuando ya no sean apropiados.
- El Plan de tratamiento no debe usarse con fines de proporcionar o para el reembolso del cuidado de relevo, cuidado diurno o servicios educativos, y no debe usarse para reembolsar a un padre por su participación en el programa de tratamiento. El plan de tratamiento debe estar disponible para nosotros si lo solicitamos.

Nuestra red de Proveedores se limita a los Proveedores calificados que brindan servicios para el autismo autorizados que se comprometan por contrato con Anthem y que puedan supervisar y contratar a Profesionales o Paraprofesionales calificados que brindan servicios para el autismo que proporcionen y administren el tratamiento de salud conductual.

Para los fines de esta sección, se aplican las siguientes definiciones:

El **Análisis del comportamiento aplicado** hace referencia al diseño, la implementación y la evaluación de las modificaciones sistemáticas del entorno y la instrucción para fomentar conductas sociales positivas y disminuir o mejorar conductas que afectan el aprendizaje y la interacción social.

La **Intervención conductual intensiva** hace referencia a cualquier forma del Análisis conductual aplicado que sea integral, que esté diseñado para abordar todos los campos de funcionamiento y proporcionado en múltiples entornos, en todos los entornos, según las necesidades y el progreso de la persona. Las intervenciones se pueden realizar de manera individual o en pequeños grupos, según corresponda.

El **Trastorno generalizado del desarrollo** hace referencia a uno o más de los trastornos como se definen en la edición más reciente del Manual Estadístico y de Diagnóstico de Trastornos Mentales, que incluye el trastorno autista, el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo de la infancia, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera.

**Paraprofesional Calificado de Servicios para el Autismo** es una persona sin licencia y sin certificación que cumple con los siguientes requisitos:

- Está empleado y es supervisado por un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.

- Proporciona tratamiento e implementa servicios conforme a un plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el Proveedor calificado de servicios para el autismo.
- Cumple con los criterios estipulados en las reglamentaciones estatales adoptadas en virtud de la ley estatal sobre el empleo de paraprofesionales en los servicios de intervención del comportamiento de los Proveedores de práctica de grupo.
- Cuenta con la educación, capacitación y experiencia adecuadas, según la certificación de un Proveedor calificado de servicios de autismo.

**Profesional Calificado de Servicios para el Autismo** es un Proveedor que cumple con los siguientes requisitos:

- Proporciona tratamiento de salud del comportamiento.
- Está empleado y es supervisado por un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
- Brinda tratamiento conforme a un plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el Proveedor calificado de servicios de autismo.
- Es un proveedor de servicios de salud del comportamiento que fue aprobado como proveedor por un centro regional de California para prestar servicios como ayudante analista del comportamiento, analista del comportamiento, auxiliar de manejo del comportamiento, especialista de manejo del comportamiento o programa de manejo del comportamiento, según se define en la reglamentación estatal.
- Tiene experiencia y está capacitado en la prestación de servicios para el tratamiento del Trastorno generalizado del desarrollo o autismo conforme a la ley estatal vigente.

**Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo** es uno de los siguientes:

- Una persona, una entidad o un grupo certificados por una entidad nacional, como la Junta de Certificación de Analistas de la Conducta (Behavior Analyst Certification Board), que están acreditados por la Comisión Nacional de Agencias de Certificación y que diseñan, supervisan o brindan tratamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo, siempre que los servicios estén dentro del campo de experiencia y competencia de la persona, la entidad o el grupo con certificación nacional.
- Una persona autorizada como médico y cirujano (M.D. o D.O.), fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, terapeuta familiar y de pareja, psicopedagogo, trabajador social clínico, asesor clínico profesional, patólogo del habla y el lenguaje o audiólogo, conforme a la ley estatal, que diseñe, supervise o brinde tratamiento para el Trastorno generalizado del desarrollo o autismo, siempre que los servicios estén dentro del campo de experiencia y competencia del profesional autorizado.

Para que estos servicios sean cubiertos, debes obtener una Certificación previa para todos los servicios del tratamiento de salud conductual para el tratamiento del Trastorno generalizado del desarrollo o autismo. Si no se obtiene la Certificación previa, no hay beneficios pagaderos para estos servicios (consulta la sección “Cómo obtener la aprobación para los beneficios” para obtener detalles).

## **Fenilcetonuria (PKU)**

Los beneficios para las pruebas y el tratamiento de la fenilcetonuria se pagan de la misma forma que en el caso de cualquier otra afección médica. La cobertura para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) incluirá aquellas fórmulas y productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta indicada por un Médico autorizado y administrada por un profesional del cuidado de la salud tras consultar a un Médico especializado en el tratamiento de enfermedades metabólicas y que participa en o está autorizado por el Administrador de reclamaciones. Esta alimentación debe considerarse necesaria por motivos médicos para prevenir el desarrollo de incapacidades médicas o mentales graves o para fomentar el desarrollo o la función normal como resultado de la PKU.

El costo de las fórmulas necesarias y de los productos alimenticios especiales está cubierto solo si supera el costo de una dieta normal. El término “fórmula” designa productos de nutrición enteral o para usar en el hogar. Un Médico, un enfermero profesional o un dietista registrado deben recetar o solicitar la fórmula después de la Remisión de un Proveedor de atención médica que esté autorizado para recetar tratamientos nutricionales que sean Necesario por motivos médicos para el tratamiento de la PKU. Las fórmulas y los productos alimenticios especiales usados en el tratamiento de la PKU que se obtienen en una Farmacia están cubiertos conforme a los beneficios para Medicamentos recetados por separado. Para obtener información adicional, ponte en contacto con OptumRx al número 1-844-265-1879 o visita [www.optumrx.com](http://www.optumrx.com). Las fórmulas y los productos alimenticios especiales que no se obtengan en una Farmacia están cubiertos por este beneficio.

El término “productos alimenticios especiales” designa un producto alimenticio que cumple con todos los requisitos siguientes:

1. Fue recetado por un Médico o un enfermero profesional para el tratamiento de la PKU.
2. Está en conformidad con las recomendaciones y las mejores prácticas de profesionales de la salud especializados en el tratamiento y la atención de la PKU.
3. Se utiliza en lugar de productos alimenticios normales, como alimentos comprados en el supermercado que utiliza el público en general.

**Nota:** No incluye los alimentos que naturalmente sean bajos en proteínas, pero puede incluir un producto alimenticio que se haya diseñado especialmente para tener menos de un gramo de proteína por porción.

## Terapia física

Consulta el apartado “Servicios de terapia” que aparece más adelante en esta sección.

## Cuidado preventivo

El cuidado preventivo incluye exámenes de detección y otros servicios para adultos y niños. Todos los servicios preventivos recomendados estarán cubiertos según lo requerido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) y las leyes estatales vigentes. Esto significa que muchos servicios de cuidado preventivo están cubiertos sin Deducible, Copagos ni Coseguro cuando usas un Proveedor de UC Family o un Proveedor de la red.

Ciertos beneficios para los Afiliados que presentan síntomas actuales o un problema de salud diagnosticado pueden estar cubiertos conforme al beneficio de “Servicios de diagnóstico” en lugar de este beneficio, siempre y cuando la cobertura no se clasifique dentro de los servicios preventivos recomendados en las leyes estatales o la ACA.

Los Servicios cubiertos se clasifican en las siguientes grandes categorías:

1. Los servicios con una clasificación “A” o “B” del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF). Para obtener más información, también puedes consultar el siguiente sitio web [USPSTF A and B Recommendations](#).

Los ejemplos incluyen pruebas de detección para lo siguiente:

- a. cáncer de mama;
- b. cáncer de cuello uterino;
- c. cáncer colorrectal;
- d. hipertensión arterial;
- e. diabetes mellitus tipo 2;
- f. colesterol;
- g. obesidad en niños y adultos.

2. Inmunizaciones preventivas como las siguientes:
  - a. Difteria/tétanos/tos ferina, administradas individualmente o en conjunto.
  - b. Sarampión, paperas y rubeola.
  - c. Varicela.
  - d. Influenza.
  - e. Hepatitis A y hepatitis B, administradas individualmente o en conjunto.
  - f. Vacuna antineumocócica.
  - g. Antimeningocócica.
  - h. Meningococo B. La primera inyección en la serie debe ser administrada entre los 16 y los 23 años de edad.
  - i. Carbunco.
  - j. BCG
  - k. DTaP
  - l. Hib
  - m. Hib y DTP
  - n. Encefalitis japonesa.
  - o. MMRV
  - p. Rabia
  - q. Viruela
  - r. Fiebre tifoidea
  - s. Fiebre amarilla
  - t. Zóster
  - u. Poliomielitis
  - v. Virus del papiloma humano (HPV) (femenino y masculino). La primera inyección en la serie debe ser administrada antes de los 27 años de edad.

Ten en cuenta que se aplican ciertas limitaciones por cantidad, edad y sexo.

3. Vacunaciones para niños, adolescentes y adultos recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
4. Atención preventiva y pruebas de detección para bebés, niños y adolescentes, según lo establecido en las pautas respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
5. Atención preventiva y pruebas de detección para mujeres según lo establecido en las pautas respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, que incluyen lo siguiente:
  - a. Anticonceptivos, tratamientos de esterilización y asesoramiento para las mujeres. Incluye Medicamentos genéricos y de marca de un único Proveedor, además de anticonceptivos inyectables y parches. También se cubren los dispositivos anticonceptivos como diafragmas, dispositivos intrauterinos e implantes. Los medicamentos de marca de fuentes múltiples estarán cubiertos como un beneficio de Cuidado preventivo cuando sean Necesarios por motivos médicos de acuerdo con tu Proveedor tratante.  
  
Para que estén cubiertos como servicio de cuidado preventivo, los medicamentos recetados anticonceptivos deben ser medicamentos genéricos. Para obtener información adicional, ponte en contacto con OptumRx al número 1-844-265-1879 o visita [www.optumrx.com](http://www.optumrx.com).
  - b. Apoyo, suministros y asesoramiento para la lactancia. Los beneficios para los sacaleches se limitan a un sacaleches por embarazo.
  - c. Prueba de detección de diabetes gestacional.
  - d. Cuidado prenatal preventivo.

6. Servicios de cuidado preventivo para dejar de fumar para Afiliados mayores de 18 años de edad, según lo recomendado por el Grupo Especial de Servicios de Prevención de los Estados Unidos, incluidos los siguientes:
  - a. Asesoramiento
7. Examen de detección de tuberculosis (TB) como parte de un examen físico preventivo anual para los Afiliados. Este servicio está disponible sin costo para los afiliados estudiantes solo en los Servicios de Salud para Estudiantes en el campus. Los dependientes cubiertos pueden buscar servicios fuera del campus.
8. Pruebas de titulación de laboratorio para medir el nivel de anticuerpos para una enfermedad específica. Se pueden realizar titulaciones de inmunización para determinar si un *afiliado* debe recibir vacunación.

Para obtener más detalles sobre estos servicios, puedes llamar a Servicios para afiliados de UC SHIP al número 1-866-940-8306 o ver los sitios web del gobierno federal, <https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits>, <http://www.ahrq.gov> y <http://www.cdc.gov/vaccines/acip/index.html>.

## Prótesis

Consulta “Equipo Médico Duradero y dispositivos médicos, aparatos ortopédicos, prótesis y suministros médicos y quirúrgicos” que aparece anteriormente en esta sección.

## Radioterapia

Consulta el apartado “Servicios de terapia” que aparece más adelante en esta sección.

## Servicios de rehabilitación

Los beneficios incluyen servicios en un Hospital, Centro de salud independiente, Centro de enfermería especializada o programa de rehabilitación diario para pacientes ambulatorios.

Los Servicios cubiertos incluyen un enfoque de equipo coordinado y varios tipos de tratamiento, entre ellos, atención de enfermería especializada; terapia física, ocupacional y del habla; y servicios de trabajadores sociales o psicólogos.

Para considerarse Servicios cubiertos, los servicios de rehabilitación deben incluir objetivos que pueda alcanzar en un periodo razonable. Los beneficios finalizarán cuando el tratamiento ya no sea Necesario por motivos médicos y tú dejes de progresar hacia los objetivos.

Consulta el apartado “Servicios de terapia” de esta sección para obtener información adicional.

## Gasto de repatriación de restos

El Plan pagará los gastos incurridos para cumplir con los requisitos legales mínimos para el transporte de restos humanos, hasta el Monto máximo de la Cobertura, para preparar y transportar tus restos desde los Estados Unidos al país de tu residencia legal permanente, o, si eres un residente legal permanente de los Estados Unidos, desde el país en el cual está viajando a los Estados Unidos, sujeto a las siguientes condiciones:

### Condiciones para los beneficios

El Plan pagará los beneficios si tu muerte ocurre bajo estas condiciones:

1. Tu muerte ocurrió mientras estabas asegurado por esta cobertura.

2. Tu muerte ocurrió de la siguiente manera:
  - Para un estudiante o Dependiente cuyo país de residencia legal permanente no es Estados Unidos, mientras estaba en los Estados Unidos.
  - Para un estudiante o Dependiente que es residente legal de los Estados Unidos, mientras viajaba fuera de los Estados Unidos.
3. Una o más personas han incurrido en gastos para la preparación y el transporte de tus restos a tu país de residencia legal para el entierro.

**Monto máximo de cobertura** ..... \$25,000

### **Exclusiones**

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).

**Sin cobertura.** Servicios recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia del asegurado.

**Preparación y transporte de los restos dentro de EE. UU.** Para un estudiante o Dependiente que es residente legal de los Estados Unidos y muere dentro de los Estados Unidos, servicios provistos para preparar y transportar sus restos dentro de los Estados Unidos.

**Gastos de viaje.** Transporte de cualquier persona que acompañe el cuerpo al país de residencia legal o que viaje con el fin de visitarlo.

**Gastos del funeral.** El costo de un funeral, incluido, pero no limitado a, un velatorio o visita y servicio de funeral formal, uso de un coche fúnebre para transportar el cuerpo al sitio del funeral y al cementerio, y sepultura de entierro.

**Embalsamamiento y cremación.** El costo del embalsamamiento (a menos que se requiera legalmente); el costo de la cremación de los restos.

## **Centro de enfermería especializada**

Cuando requieras un servicio de enfermería especializada para pacientes hospitalizados y servicios relacionados para el cuidado de rehabilitación y convalecencia, los Servicios cubiertos se encuentran disponibles si el Centro está autorizado o certificado conforme a las leyes estatales como un Centro especializado de enfermería. El Cuidado de custodia no es un Servicio cubierto.

## **Programas para dejar de fumar**

Consulta la sección “Cuidado preventivo” en este Folleto de beneficios.

## **Terapia del habla**

Consulta el apartado “Servicios de terapia” que aparece más adelante en esta sección.

## **Cirugía**

Tu Plan cubre servicios quirúrgicos para Pacientes internados y ambulatorios, incluidas las cirugías en consultorio. Los Servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- 1) Procedimientos de corte y operatorios aceptados.

- 2) Otros procedimientos invasivos, como angiografía, arteriografía, amniocentesis, punción o pinchazo cerebral o lumbar.
- 3) Exámenes endoscópicos, como artroscopia, broncoscopia, colonoscopia y laparoscopia.
- 4) Tratamientos de fracturas y luxaciones.
- 5) Anestesia y asistencia quirúrgica cuando sea Necesario por motivos médicos.
- 6) Cuidado médico pre y posoperatorio Necesario por motivos médicos.

## **Cirugía bariátrica**

Servicios y suministros en relación con la cirugía necesaria por motivos médicos para perder peso, solo en casos de obesidad mórbida y cuando se practican en un centro de BDCSC designado o por un Proveedor de UC Family.

**Nota:** Se requiere certificación previa. Los cargos para los servicios proporcionados para o en relación con un procedimiento de cirugía bariátrica practicado en un centro que no sea un BDCSC o por un Proveedor de UC Family no se considerarán cubiertos conforme al Plan.

### **Gastos de viajes para Cirugía Bbariátrica**

Los siguientes beneficios de gastos de viaje se proporcionarán en relación con un procedimiento de cirugía bariátrica cubierta solo cuando el hogar del Afiliado esté a cincuenta (50) millas o más del BDCSC para cirugía bariátrica o Proveedor de UC Family más cercano. El Administrador de reclamaciones debe aprobar todos los gastos de transporte por adelantado. El radio de cincuenta (50) millas alrededor del BDCSC o Proveedor de UC Family será determinado por el área de cobertura del BDCSC de cirugía bariátrica o del Proveedor de UC Family. (Consulta "Definiciones").

- Transporte para el Afiliado hacia y desde el BDCSC o Proveedor de UC Family de hasta \$130 por viaje durante un máximo de tres (3) viajes (una consulta prequirúrgica, la cirugía inicial y una visita de seguimiento).
- Transporte para un acompañante hacia y desde el BDCSC o Proveedor de UC Family de hasta \$130 por viaje durante un máximo de dos (2) viajes (la cirugía inicial y una consulta de seguimiento).
- Alojamiento en hotel para el afiliado y un acompañante hasta un máximo de \$100 por día para la visita prequirúrgica y la visita de seguimiento, por un máximo de dos (2) días por viaje o según sea necesario por motivos médicos. Limitado a una habitación doble
- Alojamiento en hotel para un acompañante, que no supere los \$100 por día durante el periodo de tiempo de estadía en cirugía inicial del Afiliado, hasta cuatro (4) días. Limitado a una habitación doble
- Otros gastos razonables limitados a \$25 por día, por un máximo de cuatro (4) días por viaje. Los gastos de comida, tabaco, bebidas alcohólicas y Medicamentos están excluidos de la cobertura.

Servicios para afiliados confirmará si el beneficio de viaje por cirugía bariátrica se proporciona en relación con el acceso al BDCSC de cirugía bariátrica o al Proveedor de UC Family seleccionado. Se pueden obtener los detalles con respecto al reembolso llamando al número de Servicios para afiliados que aparece en tu Tarjeta de identificación. Se te brindará un formulario de reembolso de gastos de transporte para presentar copias legibles de todos los recibos correspondientes para obtener el reembolso.

## **Cirugía oral**

**Nota importante:** Aunque este Plan proporciona cobertura para ciertas cirugías maxilofaciales, este Plan médico no cubre muchos tipos de procedimientos de cirugías maxilofaciales.

Los beneficios también se limitan a ciertas cirugías maxilofaciales, entre las que se incluyen:

- Tratamiento de labio leporino, paladar hendido o displasia ectodérmica diagnosticados médicamente.

- Cirugía ortognática por una anomalía física que impide el funcionamiento normal del maxilar superior o inferior, y que se considera Necesaria por motivos médicos para alcanzar la capacidad funcional de la parte afectada.
- Corrección oral/quirúrgica de lesiones accidentales según lo indicado en la sección Servicios dentales.
- El tratamiento de lesiones no dentales, como la extirpación de tumores y biopsias.
- La incisión y el drenaje de una infección de tejido blando que no incluye abscesos o quistes odontogénicos.

## **Cirugía reconstructiva**

Los beneficios incluyen la cirugía reconstructiva practicada para corregir deformidades causadas por anomalías congénitas o del desarrollo, una enfermedad, una lesión o un tratamiento anterior para crear un aspecto más normal. Los beneficios incluyen la cirugía practicada para restaurar la simetría después de una mastectomía. Los servicios reconstructivos que se necesiten como consecuencia de un tratamiento anterior se cubren solo si el primer tratamiento habría sido un Servicio cubierto en virtud de este Plan.

**Nota:** Esta sección no se aplica a la cirugía ortognática. Consulta la sección “Cirugía oral” anterior para obtener información sobre ese beneficio.

### **Notificación de mastectomía**

Un Afiliado que reciba beneficios para una mastectomía o cuidado de seguimiento para una mastectomía, y que decida someterse a una reconstrucción mamaria, también recibirá cobertura para lo siguiente:

- Reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la mama no afectada para otorgar una apariencia simétrica; y
- Prótesis y tratamiento de problemas físicos en todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

Esta cobertura será proporcionada tras consultar al paciente y al Médico tratante del paciente y estará sujeta a las mismas disposiciones de Deducibles, Coseguros y Copagos anuales por lo demás pertinentes conforme al Plan.

## **Telesalud**

Se proporcionan beneficios para los Servicios cubiertos que se prestan adecuadamente a través de Telesalud, sujetos a los términos y las condiciones de este Folleto de beneficios. No se requiere el contacto personal entre el proveedor de atención médica y el paciente para estos servicios, y no hay limitaciones con respecto al tipo de lugar donde se prestan los servicios. “Telesalud” es el modo de proporcionar servicios del cuidado de la salud usando tecnologías de información y comunicación en la consulta, el diagnóstico, el tratamiento, la educación y el manejo del cuidado de la salud del paciente cuando este se encuentre lejos del Proveedor del cuidado de la salud. La telesalud no incluye consultas entre el paciente y el Proveedor de cuidado de la salud, o entre Proveedores de cuidado de la salud, por teléfono, fax o correo electrónico.

## **Servicios para el trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) y craneomandibular**

Hay beneficios disponibles para tratar los trastornos temporomandibulares y craneomandibulares. La articulación temporomandibular conecta el maxilar inferior con el hueso temporal que está a los costados de la cabeza, y la articulación craneomandibular involucra los músculos de la cabeza y del cuello.

Los Servicios cubiertos incluyen los aparatos extraíbles para reposicionar la articulación temporomandibular, además de la cirugía, la atención médica y los servicios de diagnóstico relacionados. Los Servicios cubiertos no incluyen aparatos fijos o extraíbles que involucren el movimiento o el reposicionamiento de los dientes, su reparación (empastes) o las prótesis (coronas, puentes, dentaduras postizas).

## Servicios de terapia

### Servicios de terapia de medicina física

Tu Plan incluye cobertura para los servicios de terapia definidos más abajo. Para que se considere un Servicio cubierto, la terapia debe mejorar tu nivel de funcionamiento dentro de un periodo razonable. Los Servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- **Terapia física:** el tratamiento por medios físicos para aliviar el dolor, restaurar las funciones y evitar la discapacidad después de una enfermedad, una lesión o la pérdida de un brazo o una pierna. Incluye hidroterapia, calor, agentes físicos y principios y dispositivos biomecánicos y neurofisiológicos. No incluye servicios de terapia de masajes, a menos que sean proporcionados por un fisioterapeuta autorizado.
- **Terapia del habla y servicios de patología del habla y del lenguaje (SLP):** servicios para identificar, asesorar y tratar trastornos del habla, el lenguaje y problemas para tragar en niños y adultos. La terapia desarrollará o tratará las habilidades para comunicarse o tragar a fin de corregir problemas del habla.
- **Terapia ocupacional:** tratamiento para restaurar la capacidad de las personas físicamente incapacitadas de realizar actividades cotidianas, como caminar, comer, beber, vestirse, ir al baño, pasar de la silla de ruedas a la cama y bañarse. También incluye terapia para tareas que requiere el trabajo de la persona. La terapia ocupacional no incluye terapias recreativas o vocacionales, como pasatiempos, artes y manualidades.
- **Terapia de manipulación/osteopatía/quiropática:** incluye la terapia para tratar problemas de huesos, articulaciones y la espalda. Las dos terapias son similares, pero la terapia de quiropática se concentra en las articulaciones de la columna y el sistema nervioso, mientras que la terapia de osteopatía también se concentra en las articulaciones y los músculos, tendones y ligamentos circundantes.
- **Acupuntura:** tratamiento del dolor neuromusculoesquelético por un acupunturista que actúa dentro del ámbito de su licencia. El tratamiento consiste en introducir agujas a lo largo de las vías nerviosas específicas para aliviar el dolor.

### Otros servicios de terapia

También hay beneficios disponibles para lo siguiente:

- **Quimioterapia:** Tratamiento de una enfermedad con agentes antineoplásicos biológicos o químicos.
- **Radioterapia:** tratamiento de una enfermedad con rayos X, radiación o radioisótopos. Los Servicios cubiertos incluyen el tratamiento (teleterapia, braquiterapia y radiación intraoperatoria, fuentes de partículas de alta energía o fotones), materiales y suministros usados en terapia y Planificación de tratamiento.
- **Tratamiento de hemodiálisis.** Incluye servicios relacionados con la insuficiencia renal y enfermedades renales crónicas (etapa final), como la hemodiálisis, la diálisis peritoneal intermitente en el hogar, la diálisis peritoneal cíclica continua en el hogar y la diálisis peritoneal ambulatoria continua en el hogar.

Se cubren los siguientes servicios de diálisis renal:

- Tratamientos de diálisis de mantenimiento para pacientes ambulatorios en un centro de diálisis para pacientes ambulatorios.
- Diálisis en el hogar.
- Entrenamiento de autodiálisis en el hogar que incluye las instrucciones para una persona que colaborará con la autodiálisis en el entorno del hogar.

- **Terapia de infusión:** los siguientes servicios y suministros, cuando son proporcionados por un Proveedor de terapia de infusión en tu hogar o en cualquier otro entorno de paciente ambulatorio por un Proveedor calificado del cuidado de la salud, para la administración intravenosa de la ingesta nutricional diaria total o los requisitos de líquidos, lo que incluye, entre otros, la Terapia parenteral y la Nutrición parenteral total (TPN), medicaciones relacionadas con una enfermedad o lesión, quimioterapia, terapia antibiótica, terapia con aerosoles, terapia con tocolíticos, terapia especial, hidratación intravenosa o manejo del dolor:
  - Medicamentos, suministros médicos auxiliares y entrega de suministros (limitado a 14 días de suministro); sin embargo, los medicamentos que sean entregados, pero que no sean administrados, no estarán cubiertos.
  - Servicios de elaboración de compuestos y del farmacéutico en farmacias (incluida asistencia en la farmacia) para soluciones y medicamentos intravenosos;
  - Visitas clínicas al domicilio o al hospital relacionadas con la administración de terapia de infusión, incluidos los servicios de enfermería especializada que comprenden aquellos suministrados para lo siguiente: (a) entrenamiento del paciente o del cuidador alternativo y (b) visitas para controlar la terapia.
  - Cargos por alquiler o compra de Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) (según se indica a continuación); cargos por mantenimiento y reparaciones de dicho equipo.
  - Servicios de laboratorio para controlar la respuesta del paciente al régimen terapéutico.
  - Alimentación parenteral total (TPN), terapia nutricional enteral, terapia antibiótica, control del dolor, quimioterapia y también puede incluir inyecciones (intramusculares, subcutáneas o subcutáneas continuas).

**Ten en cuenta lo siguiente:** Solo los Proveedores especificados de la red han sido aprobados por el Administrador de reclamaciones para proporcionar medicaciones para tratar la hemofilia. Para encontrar un Proveedor aprobado de la red que pueda proporcionar medicaciones para tratar la hemofilia, llama al número gratuito que aparece en tu Tarjeta de identificación si tienes preguntas sobre cómo tomar esta determinación. Los medicamentos para tratar la hemofilia que recibes de un Proveedor que no es un Proveedor de la red aprobado por el Administrador de reclamaciones se considerarán cargos del Proveedor fuera de la red sujetos a los costos compartidos y a cualquier limitación asociada con esos servicios.

Los servicios de un Proveedor de terapia de infusión están sujetos a una revisión previa al servicio para determinar la necesidad médica. Consulta “Solicitud de aprobación de beneficios” para obtener más información.

## Servicios para reasignación de sexo

Los beneficios se brindan para los servicios y suministros relacionados con el Cambio de sexo si el Médico le diagnosticó Trastorno de identidad sexual o Disforia de género. Esta cobertura se proporciona de acuerdo con los términos y las condiciones de este Folleto de beneficios que se aplican a todas las demás condiciones médicas, incluidos los requisitos de Necesidad médica, la administración de la utilización y las exclusiones de servicios cosméticos.

La cobertura incluye, pero no está limitada a, los servicios Necesarios por motivos médicos relacionados con el cambio de sexo, como una cirugía de reasignación de sexo (es decir, cirugía superior de mujer a varón, cirugía inferior de mujer a varón y cirugía inferior de varón a mujer), tratamiento hormonal, psicoterapia, electrólisis en el sitio del donante y entrenamiento vocal. Se proporciona cobertura para servicios específicos de acuerdo con los beneficios conforme a este Folleto de beneficios que se aplican a ese tipo de servicio generalmente, si el Plan incluye cobertura para el servicio en cuestión. Por ejemplo, la cirugía de reasignación de sexo estaría cubierta sobre la misma base que cualquier otra cubierta por la red; la cirugía o el tratamiento hormonal necesarios por motivos médicos estarían cubiertos conforme a los beneficios de este Folleto de beneficios.

Se requiere la autorización previa de ciertos servicios para brindar la cobertura. Consulta la sección “Solicitud de aprobación de beneficios” para informarte sobre cómo obtener las revisiones adecuadas.

### **Gastos de transporte para cirugía de reasignación de sexo**

Los siguientes gastos de viaje en relación con una cirugía de reasignación de sexo autorizada practicada en un Centro designado por el Administrador de reclamaciones y aprobado para la cirugía de reasignación de sexo solicitada, siempre que los gastos sean autorizados por el Administrador de reclamaciones (para obtener detalles, consulta la sección “Solicitud de aprobación de beneficios”) para un máximo de seis viajes:

- a. Pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica al Centro designado por el Administrador de reclamaciones y aprobado para la cirugía de reasignación de sexo solicitada, que no supere los \$250 por persona por viaje.
- b. Alojamiento en hotel, que no supere los \$100 por día durante un máximo de 21 días por viaje, limitado a una habitación doble.
- c. Otros gastos razonables, que no superen los \$25 por día por persona, durante un máximo de 21 días por viaje.

Si solicita el reembolso de los gastos de transporte cubiertos, deberá presentar un formulario de reembolso de gastos de transporte completo y copias legibles y detalladas de todos los recibos correspondientes. No se aceptan recibos de tarjeta de crédito. Los gastos de transporte cubiertos no están sujetos a Deducibles ni Copagos. Para obtener más información o el formulario de reembolso de viaje, llama a Servicios para afiliados al número de teléfono que se encuentra en el dorso de tu Tarjeta de identificación.

Los **gastos de transporte que no están cubiertos** incluyen, pero no se limitan a: comidas, bebidas alcohólicas, tabaco o cualquier otro artículo que no sea comida; cuidado de niños; millaje en la ciudad donde se encuentra el Centro de salud, alquiler de automóviles, autobuses, taxis o servicio shuttle, salvo según lo aprobado específicamente por nosotros; millas de viajero frecuente, cupones, vales o boletos de viaje; pagos anticipados o depósitos; servicios para una afección que no está directamente relacionada con el trasplante, o que no es consecuencia directa de este; llamadas telefónicas; servicio de lavandería; franqueo o entretenimiento.

Si no se enumera o describe un beneficio específico en la sección Servicios de reasignación de sexo, no se cubrirá el servicio.

### **Servicios de atención urgente**

A menudo, se trata de problemas de salud urgentes, en lugar de problemas de salud de Emergencia. Un problema de salud urgente es una enfermedad o una lesión inesperadas que requiere atención médica y no puede posponerse hasta la visita regular y programada en el consultorio. Los problemas de salud urgentes no ponen en peligro la vida de la persona y no requieren la utilización de la Sala de emergencias. Algunos problemas de salud urgentes incluyen dolor de oído, dolor de garganta y fiebre (inferior a 104 grados). Los beneficios de atención urgente incluyen lo siguiente:

- servicios de radiología;
- atención médica para fracturas;
- distintos análisis, como la prueba para la gripe, el análisis de orina, las pruebas de embarazo, la prueba estreptocócica rápida;
- servicios de laboratorio;
- sutura de cortes simples; y
- drenaje de abscesos.

## Servicios oftalmológicos

Los beneficios incluyen el tratamiento médico y quirúrgico de lesiones y enfermedades oculares. Determinadas pruebas de detección oftalmológicas exigidas por la ley federal están cubiertas en virtud del beneficio estipulado en "Atención preventiva".

Los beneficios no incluyen anteojos y lentes de contacto, excepto que se mencionen en los beneficios de "Prótesis".

### Servicios de la vista: pediátricos

Los siguientes beneficios del cuidado de la vista están disponibles para los Afiliados hasta el último día del mes en que la persona cumple diecinueve (19) años de edad. El Plan cubrirá el cuidado de la vista que se enumera en esta sección.

#### Examen ocular de rutina

El Plan cubre un examen ocular completo con dilatación según sea necesario. Este examen se utiliza para controlar todos los aspectos de la vista, incluida la estructura de los ojos y la manera como estos trabajan en conjunto.

#### Lentes para anteojos

Las siguientes opciones de lentes se incluyen sin costo extra cuando se reciben de un Proveedor de la red:

- Lentes transitions
- Lentes fotosensibles de plástico
- Lentes polarizados
- Policarbonato común
- Revestimiento antirrayaduras de fábrica
- Protección contra rayos UV
- Protección contra el reflejo (estándar, premium o ultra)
- Ahumado (moda y gradual)
- Lentes para el sol recetados extra grandes y de vidrio grises núm. 3
- Lentes de segmento combinado
- Lentes de visión intermedia
- Lentes de alto índice

Los lentes para anteojos cubiertos incluyen lentes de plástico estándares (CR39) o cristales hasta de 55 mm para los siguientes tipos de lentes:

- lentes unifocales
- lentes bifocales
- lentes trifocales (FT 25-28)
- lentes progresivos
- lentes lenticulares

#### Marcos

- Los marcos están limitados a una vez por Año de beneficios.

#### Lentes de contacto a elección

- Se cubre un (1) año de suministro de lentes de contacto por Año de beneficios.
- La cobertura incluye la colocación, la evaluación y el cuidado de seguimiento para lentes de contacto optativos y no optativos (ver abajo).
- Los lentes de contacto optativos son lentes de contacto que tú eliges en vez de anteojos, por comodidad o razones de apariencia. Puedes elegir entre lentes de contacto optativos en lugar del beneficio de lentes para anteojos.

### Lentes de contacto no optativos

- Los lentes de contacto no optativos pueden ser Necesarios por motivos médicos y apropiados cuando el uso de lentes de contacto, en vez de anteojos, traerá como resultado una vista significativamente mejor o una mejoría de la función binocular, incluida la evitación de diplopía o supresión. Los lentes de contacto no optativos se proporcionan cuando es Necesario por motivos médicos, esto incluye, entre otras, las siguientes condiciones:
  - Queratocono, cuando el paciente no puede corregirse en 20/40 en uno o ambos ojos usando lentes para anteojos estándares, miopía patológica, afaquia, anisometropía, aniseiconia, aniridia, trastornos de la córnea, trastornos postraumáticos, astigmatismo irregular.
  - Ametropía elevada que supera -12D o +9D en equivalente esférico.
  - Anisometropía de 3D o más.
  - Los pacientes cuya visión puede corregirse en tres líneas de mejora sobre la tabla de agudeza visual cuando se los compara con lentes para anteojos estándares corregidos.

**Nota:** Si recibes lentes de contacto optativos o no optativos, no habrá beneficios disponibles para cristales hasta que satisfagas la frecuencia de beneficios enumerada en la “Lista de beneficios”.

### Visión deficiente

La visión deficiente es una pérdida significativa de la visión, pero no es ceguera total. Los Proveedores especializados en cuidado de la vista deficiente pueden evaluar y recetar dispositivos ópticos, además de proporcionar instrucción de entrenamiento para aprovechar al máximo la vista utilizable restante de nuestros Afiliados con vista deficiente.

Entre los beneficios para la visión deficiente, se encuentran los siguientes:

- Examen integral de visión deficiente
- Los dispositivos ópticos/no ópticos, incluidos los elementos tales como lentes de alto poder, lupas y telescopios.
- Pruebas suplementarias y cuidado de seguimiento (hasta cuatro visitas cada cinco años).

## Servicios no cubiertos

En esta sección, se te brindará información sobre los artículos que tu Plan no cubre. Los artículos excluidos no estarán cubiertos, si el servicio, el suministro o el equipo son Necesarios por motivos médicos. Esta sección tiene como propósito ayudarte a identificar ciertos artículos que pueden confundirse con Servicios cubiertos. Esta sección no pretende brindar una lista completa de todos los artículos que tu Plan excluye.

- 1) **Actos de guerra, desastres o accidentes nucleares:** en caso de catástrofe, epidemia, guerra o cualquier otro acontecimiento que exceda el control del Administrador de reclamaciones, el Administrador de reclamaciones hará un esfuerzo de buena fe para brindarte Servicios cubiertos. El Administrador de reclamaciones no se hará responsables de ninguna demora ni de la falta de prestación de servicios debido a que no hay personal suficiente o centros disponibles.

No se brindarán beneficios para ninguna enfermedad o lesión que se produzca como consecuencia de una guerra, la participación en servicios del ejército, una explosión o un accidente nuclear, una liberación de energía nuclear, un motín o un acto de desobediencia cívica. Esta exclusión no se aplica a actos de terrorismo.

- 2) **Cargos administrativos**

- a) Cargos por el llenado de un formulario de reclamaciones.
- b) Cargos por obtener historias clínicas o informes médicos.
- c) Tarifas de membrecía, de administración o de acceso que cobran los Médicos u otros Proveedores. Los ejemplos incluyen, entre otros, los aranceles cargados por folletos informativos o llamados realizados para proporcionarte los resultados de pruebas.

- 3) **Alpha Feto Protein Program** Participación en el Expanded Alpha Feto Protein Program (Programa ampliado de alfafetoproteína), un programa estatal de pruebas prenatales administrado por el Departamento de Servicios de Salud de California, sin cobertura.

- 4) **Medicina alternativa/complementaria** Servicios o suministros relacionados con la medicina alternativa o complementaria. Esto incluye, entre otros, lo siguiente:

- a. medicina holística.
- b. medicina homeopática.
- c. hipnosis;
- d. aromaterapia;
- e. masajes y terapia de masajes;
- f. reiki;
- g. terapias o productos alimentarios, vitamínicos o a base de hierbas;
- h. naturopatía;
- i. termografía;
- j. terapia ortomolecular;
- k. análisis por contacto reflejo;
- l. técnica de sincronización bioenergética (BEST);
- m. iridología (estudio del iris);
- n. terapia de integración auditiva (AIT);
- o. irrigación del colon;
- p. terapia magnética de inervación;
- q. terapia electromagnética;
- r. biorretroalimentación/neurorretroalimentación.

- 5) **Antes de la fecha de entrada en vigor o después de la fecha de finalización de la cobertura:** Cargos por la atención que recibe antes de la fecha de entrada en vigor o después de que finalice tu cobertura, según lo establecido en este Plan.
- 6) **Determinados Proveedores:** servicios que recibes de Proveedores que no están autorizados por ley a brindar Servicios cubiertos según lo definido en este Folleto de beneficios. Los ejemplos incluyen, entre otros, masajistas (terapeutas masajistas) y técnicos en terapia física.
- 7) **Cargos que superan el Monto máximo aprobado:** cargos que superan el Monto máximo aprobado para Servicios cubiertos.
- 8) Cargos que no estén respaldados por las historias clínicas: Cargos por servicios que no estén descritos en sus historias clínicas.
- 9) **Complicaciones de servicios que no están cubiertos:** atención de problemas directamente relacionados a un servicio que no está cubierto por este Plan. "Directamente relacionado" significa que la atención tuvo lugar como consecuencia directa del servicio no cubierto y no habría tenido lugar en ausencia de este. Esta exclusión no se aplica a problemas como resultado del embarazo.
- 10) **Servicios cosméticos:** tratamientos, servicios, Medicamentos recetados, equipos o suministros proporcionados para servicios cosméticos. Los servicios cosméticos tienen como objetivo preservar, cambiar o modificar tu aspecto o se proporcionan por razones psiquiátricas, psicológicas o sociales. No existen beneficios disponibles para cirugía o tratamientos con el objetivo de cambiar la textura o la apariencia de la piel, o para cambiar el tamaño, la forma o la apariencia del rostro o del cuerpo (por ejemplo, nariz, ojos, orejas, mejillas, mentón, pecho o mamas).
- Esta exclusión no se aplica a la cirugía reconstructiva para la simetría de las mamas después de una mastectomía, una mastectomía por cambio de sexo, cirugía para corregir defectos y anomalías de nacimiento, o cirugía para restablecer el funcionamiento de cualquier parte del cuerpo que se haya alterado por una enfermedad o un trauma.
- 11) **Pruebas exigidas por orden judicial:** pruebas o atención exigidas por orden judicial, salvo que sean Médicamente necesarias.
- 12) **Delito:** tratamiento de una lesión o enfermedad como consecuencia de un delito que cometiste o intentaste cometer. Esta exclusión no se aplica si tu participación en el delito fue solamente consecuencia de una afección médica o mental, o donde fuiste la víctima del delito, incluida la violencia doméstica.
- 13) **Cuidado de custodia o curas de descanso:** cargos por comida y alojamiento relacionados con la internación en el hospital, principalmente para cambio de entorno o fisioterapia. Cuidado de custodia o curas de descanso, salvo lo que se indica específicamente en las cláusulas Cuidado de hospicio o Terapia de infusión en el hogar de la sección "Lo que está cubierto". Servicios provistos por una casa de reposo, un hogar para personas mayores, un hogar de ancianos o un centro similar.
- 14) **Tratamiento dental (para personas de 19 años o más):** los tratamientos dentales excluidos abarcan, entre otros, el cuidado preventivo y los tratamientos de fluoruro; las radiografías, los suministros y los aparatos dentales, implantes dentales y todos los gastos asociados; y diagnóstico y tratamiento relacionados con los dientes, las mandíbulas o las encías, como los siguientes:
- extracción, restauración y reemplazo de dientes;
  - cuidado médico o cirugía por problemas dentales (a menos que figuren en la lista de Servicios cubiertos de este Folleto de beneficios);
  - servicios para mejorar los resultados clínicos dentales; o
  - servicios de ortodoncia.
- Esta exclusión no se aplica a los servicios que deben cubrirse por ley.
- 15) **Servicios educativos:** servicios o suministros con fines educativos, vocacionales o de autocapacitación, excepto que se especifique de cualquier otra forma en este Folleto de beneficios.

- 16) **Servicios de la sala de emergencias para Cuidados que no son de emergencia:** servicios proporcionados en una sala de emergencias para afecciones que no entran en la definición de Emergencia. Esto incluye, entre otras prestaciones, la extracción de suturas en una sala de emergencias.
- 17) **Servicios experimentales/en fase de investigación:** servicios o suministros que se consideran experimentales o en fase de investigación. Esto también se aplica a servicios relacionados con servicios experimentales/en fase de investigación, ya sea que los obtengas antes, durante o después del servicio o suministro experimental/en fase de investigación.
- El hecho de que un servicio o suministro sea el único tratamiento disponible para una afección no lo convertirá en elegible para la cobertura si el Administrador de reclamaciones lo considera experimental/en fase de investigación.
- 18) **Anteojos y lentes de contacto (para personas de 19 años o más):** anteojos y lentes de contacto para corregir la visión. Esta exclusión no se aplica a lentes que se necesitan después de una cirugía ocular cubierta.
- 19) **Ejercicios oculares:** Ortóptica y terapia para la visión.
- 20) **Cirugía ocular:** cirugía ocular para corregir errores de refracción, como la miopía. Esto incluye LASIK, queratotomía radial o queratomileusis y queratomía refractiva con láser de excímeros, excepto como se detalla en este Folleto de beneficios.
- 21) **Familiares:** servicios recetados, solicitados, derivados o prestados por un familiar, incluido tu cónyuge, hijo, hermano, hermana, padre, madre, pariente político o tú mismo.
- 22) **Suplementos alimentarios o nutricionales:** suplementos alimentarios o nutricionales, salvo lo establecido por este Plan o requerido por ley. Esta exclusión incluye, entre otros, las fórmulas nutricionales y los suplementos dietéticos de venta libre, cuya adquisición no requiere por ley una receta escrita ni que los dispense un farmacéutico autorizado.
- 23) **Atención de los pies:** atención de rutina de los pies, a menos que sea Medicamento necesaria. Esta exclusión se aplica al corte o a la extracción de callos y callosidades, al cuidado higiénico y preventivo de los pies, que incluye, entre otros servicios:
- Limpieza y remojo de los pies.
  - Aplicaciones de cremas para la piel para cuidar el tono de la piel.
  - Otros servicios que se realizan cuando no existe un síntoma, una enfermedad o una lesión relacionados con el pie.
- 24) **Aparatos ortopédicos para el pie:** aparatos ortopédicos para el pie, zapatos o calzados ortopédicos, o artículos de apoyo, a menos que sean para una enfermedad que afecta las extremidades inferiores, como una diabetes grave.
- 25) **Cirugía de pies:** tratamiento quirúrgico de pie plano; subluxación del pie; pie débil, con esguince, inestable; tarsalgia; metatarsalgia; hiperqueratosis.
- 26) **Servicios de atención gratuita:** Servicios que no debería pagar si no tuviera este Plan. Incluyen, entre otros, programas del gobierno, servicios recibidos mientras estás condenado a prisión, servicios que obtienes de los beneficios de la compensación para trabajadores y servicios de clínicas gratuitas.
- Si no tienes acceso a los beneficios de la compensación para trabajadores, esta exclusión no se aplica. Esta exclusión se aplica si recibes beneficios completos o parciales. Esta exclusión también se aplica ya sea que reclames o no los beneficios o la compensación, y ya sea que obtengas pagos de un tercero o no.
- 27) **Terapia génica:** terapia genética, además de los procedimientos, los servicios de cuidado de la salud y los medicamentos relacionados con dicha terapia que se introducen o están relacionados con la introducción de material genético en una persona con el objetivo de reemplazar o corregir material genético faltante o defectuoso.

- 28) **Afiliaciones en centros de entrenamiento físico y servicios de entrenamiento físico:** afiliaciones en centros de entrenamiento físico, equipos de entrenamiento físico, cargos de un entrenador personal o de acondicionamiento físico, o cualquier otro cargo por actividades, equipos o instalaciones utilizados para el acondicionamiento físico, incluso cuando los recete un médico. Esta exclusión también se aplica a los spas.
- 29) **Atención a domicilio**
- a) Servicios prestados por enfermeros registrados y otros trabajadores de la salud que no sean empleados ni trabajen de conformidad con acuerdos aprobados con un Proveedor de cuidado de la salud a domicilio.
  - b) Comida, alojamiento, servicios domésticos y envío de comidas a domicilio.
- 30) **Pruebas de diagnóstico para pacientes hospitalizados:** cargos por comida y alojamiento para pacientes hospitalizados relacionados con una estadía en un hospital, principalmente en el caso de pruebas de diagnóstico que podrían haberse realizado de manera segura en forma ambulatoria.
- 31) **Programas de estilo de vida:** programas que modifican el estilo de vida, que pueden incluir, entre otras cosas, dieta, ejercicio, imagen o nutrición. Esta exclusión no se aplica a los programas de rehabilitación cardíaca aprobados por el Administrador de reclamaciones.
- 32) **Terapia de mantenimiento:** tratamiento brindado cuando no hay posibilidades ni certezas de mejora. La terapia de mantenimiento incluye atención que te ayuda a mantener tu nivel actual de funcionamiento y a impedir la pérdida de ese funcionamiento, pero no produce mejoras. Esta Exclusión no se aplica a los “Servicios de recuperación de las habilidades”, según se describe en la sección “Lo que está cubierto”.
- 33) **Dispositivos, suministros y equipos médicos**
- a) Reemplazo o reparación por uso inadecuado, abuso o pérdida/robo de equipos comprados o alquilados.
  - b) Soportes quirúrgicos, corsés o prendas, a menos que sean para la recuperación tras una cirugía o una lesión.
  - c) Mejoras que no sean necesarias por motivos médicos a equipos y dispositivos estándares
  - d) Suministros, equipos y aparatos que incluyen elementos o características de comodidad, lujo o conveniencia que exceden lo que es Necesario por motivos médicos en tu situación. El reembolso se basará en el Monto máximo aprobado para un elemento estándar que es un Servicio cubierto, sirve el mismo propósito y es Necesario por motivos médicos. Debes pagar los gastos que superen el Monto máximo aprobado para el artículo estándar que es un Servicio cubierto.
- 34) **Cargos por citas que haya cancelado o a las que no haya concurrido:** Cargos por cancelar citas o no concurrir a estas.
- 35) **Proveedores no autorizados:** tratamientos o servicios prestados por Proveedores de cuidado de la salud no autorizados y tratamientos o servicios para los que el Proveedor no necesita estar autorizado. Esto incluye tratamientos o servicios prestados por un Proveedor no autorizado bajo la supervisión de un médico autorizado, a menos que el Administrador de reclamaciones disponga o acuerde específicamente otra cosa. Esta exclusión no se aplica al tratamiento Necesario por motivos médicos del trastorno generalizado del desarrollo o autismo, según se estipula en la sección “Trastorno generalizado del desarrollo o autismo”.
- 36) **Servicios no Necesarios por motivos médicos:** servicios que para el Administrador de reclamaciones no son Necesarios por motivos médicos. Estos incluyen los servicios que no cumplen las pautas de política médica, cobertura clínica o política de beneficios.
- 37) **Servicios no mencionados específicamente:** servicios no mencionados específicamente como cubiertos en este Plan. Algunos servicios que no están mencionados específicamente pueden estar cubiertos por el Plan. Para obtener más información, llama al número de teléfono de servicio de atención al cliente que se encuentra en tu Tarjeta de identificación.

- 38) **Suplementos dietéticos o nutricionales:** suplementos dietéticos o nutricionales, salvo según lo descrito en este Folleto de beneficios o que deban cubrirse por ley. Esta exclusión incluye, entre otros, las fórmulas nutricionales y suplementos dietéticos de venta libre que puedes comprar y aquellos que puedes obtener sin una receta escrita o de un farmacéutico autorizado.
- 39) **Uso fuera de lo indicado en la etiqueta:** uso fuera de lo indicado en la etiqueta, a menos que el Plan deba cubrir el uso por ley o si el Administrador de reclamaciones lo aprueba.
- 40) **Cirugía maxilofacial (para personas de 19 años o más):** extracción de dientes, cirugía para dientes impactados y otras cirugías maxilofaciales para tratar los dientes o huesos y las encías sobre las que se apoyan directamente los dientes, salvo según lo descrito en este Folleto de beneficios.
- 41) **Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios:** medicamentos recetados para pacientes ambulatorios e insulina, excepto como se estipula específicamente en las cláusulas Terapia de infusión a domicilio y aborto terapéutico/provocado de la sección “Lo que está cubierto”. Medicamentos o fármacos propietarios o patentados de venta libre o sin receta. Cosméticos y artículos de belleza y salud. Consulta tu folleto del Plan de beneficios de farmacia para obtener información sobre medicamentos recetados e insulina. Sin embargo, están cubiertos los accesorios de salud que son Necesarios por motivos médicos y cumplen con los requisitos de Equipo Médico Duradero según se especifica en la cláusula “Equipo Médico Duradero y dispositivos médicos, aparatos ortopédicos, prótesis y suministros médicos y quirúrgicos” de la sección “Lo que está cubierto”, sujetos a todos los términos de este Plan que se aplican a ese beneficio.
- 42) **Cuidado personal y comodidad**
- a) Artículos para la comodidad, conveniencia, protección o higiene personal, como equipos de aire acondicionado, humidificadores, purificadores de agua, cascos deportivos, asientos de retrete elevados y sillas para ducha.
  - b) Suministros de primeros auxilios y otros artículos que se guardan en el hogar para el uso general (vendajes, hisopos, termómetros, vaselina, cinta, guantes no estériles, almohadillas térmicas).
  - c) Equipos de entrenamiento o terapia en el hogar, como cintas y gimnasios para el hogar.
  - d) Piscinas, piscinas de hidromasajes, espás o equipos de hidroterapia.
  - e) Almohadas hipoalergénicas, colchones o colchones de agua o
  - f) Cambios estructurales realizados en la residencia, en automóviles o en el lugar de trabajo (rampas, ascensores, sillas elevadoras, escaleras mecánicas, elevadores, salvaescaleras, equipos para alertar emergencias, barandas).
- 43) **Contratos privados:** servicios o suministros brindados de conformidad con un contrato privado celebrado entre el afiliado 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 de Seguro Social.
- 44) **Servicios de enfermería privada:** servicios de enfermería privada, excepto como se enumeran en este Folleto de beneficios.
- 45) **Prótesis:** prótesis con fines deportivos o cosméticos. Se incluyen las pelucas y prótesis capilares.
- 46) **Centros residenciales:** centros residenciales donde se tratan afecciones médicas o de salud del comportamiento, excepto cuando se proporcionan en un Hospital, un Hospicio, un Centro de enfermería especializada o un Centro de tratamiento residencial.
- 47) **Disfunción sexual:** Servicios o suministros para problemas sexuales en hombres o mujeres.
- 48) **Afecciones relacionadas con deportes:** gastos realizados por lesiones ocasionadas a partir de la práctica de deportes interuniversitarios. Esta exclusión no se aplica a los deportes en clubes o intramuros. Esta exclusión no se aplica al grado de que un estudiante haya realizado gastos médicos que no están cubiertos debido a:

(1) los límites máximos por lesión de la cobertura de seguros proporcionada por la Asociación Nacional Atlética Universitaria (NCAA) o la Asociación Nacional Interuniversitaria de Deportes (NAIA); o

(2) una limitación específica o una exclusión en la cobertura de NCAA o NAIA, o cualquier otra cobertura proporcionada por el departamento atlético del UC para gastos médicos realizados en la práctica de deportes interuniversitarios, para un gasto que de otra forma es elegible según el UC SHIP.

En conjunto con el seguro/los beneficios proporcionados por los departamentos atléticos del UC, esta cláusula asegura que los atletas interuniversitarios no realicen ningún gasto de su bolsillo por la práctica de deportes interuniversitarios sancionados por la NCAA o la NAIA.

- 49) **Calzado especial:** calzado necesario para las personas que sufren desfiguración de los pies.
- 50) **Cargos por disponibilidad:** cargos por disponibilidad de un Médico u otro Proveedor.
- 51) **Esterilización:** servicios para revertir una esterilización electiva.
- 52) **Servicios de alquiler de vientre:** servicios y suministros para una persona que no está cubierta por este Plan para el alquiler de vientre (que incluye, entre otros, una mujer que da a luz a un niño para una pareja infértil).
- 53) **Dientes (anomalía congénita):** tratamiento de falta congénita de dientes, dientes mal posicionados o supernumerarios, aun si forman parte de una anomalía congénita, salvo que esté estipulado en este Plan en "Servicios dentales pediátricos" o según lo exija la ley. Esta exclusión no se aplica a los afiliados menores de 19 años.
- 54) **Consultas por teléfono y facsímil:** consultas proporcionadas por teléfono o facsímil, excepto como se indica específicamente en la cláusula de Telesalud de la sección "Lo que está cubierto".
- 55) **Costos de viaje:** millajes, alojamiento, comidas y otros costos de viajes relacionados con el afiliado, excepto según se describe en el Plan para cirugías bariátrica, de cambios de sexo o trasplantes.
- 56) **Tratamiento de las venas:** tratamiento de várices o telangiectasias (arañas vasculares) mediante cualquier método (incluye escleroterapia u otras cirugías) con fines cosméticos.
- 57) **Sin distribución de costos fuera de la red:** para cualquier servicio por el que tú seas responsable de pagar un Copago, Coseguro o Deducible según los términos de este Plan, y el Copago, Coseguro o Deducible sea cancelado por un Proveedor fuera de la red.
- 58) **Programas para perder peso:** programas, ya sea que la participación se realice bajo supervisión médica o no, salvo que se mencionen como cubiertos en este Folleto de beneficios.

Esta exclusión incluye, entre otros, los programas comerciales para perder peso (Weight Watchers, Jenny Craig, LA Weight Loss) y los programas de ayuno.

Esta exclusión no se aplica a los programas de manejo de peso exigidos por las leyes federales como parte del beneficio de "Cuidado preventivo".

## Pago de reclamaciones

En esta sección se describe cómo el Administrador de reclamaciones reembolsa las reclamaciones y qué información necesitas para presentar una reclamación. Cuando recibes atención de un Proveedor de la red, no necesitas presentar reclamaciones, ya que el Proveedor de la red lo hará por ti. Si recibe atención de un Proveedor fuera de la red, deberá asegurarse de que se presente una reclamación. Muchos hospitales, Médicos y otros Proveedores fuera de la red aún presentarán la reclamación por ti a pesar de que no están obligados a hacerlo. Si presentas tú mismo la reclamación, usa un formulario de reclamaciones tal como se describe más adelante en esta sección.

### Monto máximo aprobado

#### GENERAL

En esta sección se describe cómo el Administrador de reclamaciones determina el monto del reembolso por los Servicios cubiertos. El reembolso por los servicios brindados por Proveedores dentro y fuera de la red está basado en el Monto máximo aprobado del plan para el Servicio cubierto que recibe. Para obtener más información, consulta el apartado **“Acuerdos entre Planes”**.

El Monto máximo aprobado es el monto máximo de reembolso que este Plan permitirá por los servicios y suministros:

- se ajustan a la definición de “Servicios cubiertos”, en la medida en que esos servicios y suministros estén cubiertos en virtud de tu Plan y no estén excluidos.
- que sean necesario por motivos médicos; y
- que se brindan de acuerdo con la preautorización correspondiente, administración de utilización u otro requisito estipulado en tu plan.

Tendrás que pagar una parte del Monto máximo aprobado si no has alcanzado el Deducible o tienes un Copago o Coseguro. Además, cuando recibas los Servicios cubiertos de un Proveedor fuera de la red, es posible que tengas que pagar cualquier diferencia entre el Monto máximo aprobado y los cargos reales del Proveedor. Este monto puede ser importante.

Cuando recibas Servicios cubiertos de un Proveedor elegible, el Administrador de reclamaciones, en la medida que corresponda, aplicará las reglas de procesamiento de reclamaciones a las reclamaciones presentadas para esos Servicios cubiertos. Dichas normas evalúan la información de tu reclamación y, entre otras cosas, determinan la precisión y la pertinencia de los códigos de procedimiento y de diagnóstico incluidos en la reclamación. La ejecución de estas normas puede afectar la determinación del Monto máximo aprobado. El hecho de que se apliquen estas normas no significa que los Servicios cubiertos que recibiste no fueran Necesarios por motivos médicos. Significa que el Administrador de reclamaciones ha determinado que la reclamación presentada no cumple con las normas de los códigos de procedimiento o con las políticas de reembolso. Por ejemplo, tu Proveedor puede haber presentado la reclamación utilizando varios códigos de procedimiento, cuando existe un código de procedimiento único que incluye todos los procedimientos realizados. En este caso, el Monto máximo aprobado se basará en el código de procedimiento único, en vez de calcular un Monto máximo aprobado separado por cada código facturado.

De igual modo, cuando se llevan a cabo varios procedimientos en el mismo día por el mismo Médico u otro profesional de cuidado de la salud, se pueden reducir los Montos máximos aprobados para esos procedimientos secundarios y posteriores, porque si dichos procedimientos se reembolsaran al 100 % del Monto máximo aprobado, se estaría duplicando el pago de elementos del procedimiento principal que pueden considerarse relativos o inclusivos.

## ESTADO DE LA RED DE PROVEEDORES

El Monto máximo aprobado puede variar según el Proveedor sea Proveedor de la red o fuera de la red.

Un Proveedor de la red es un Proveedor que pertenece a la red administrada para este Plan específico o a un centro de excelencia especial u otra red de farmacias especializadas cuidadosamente administrada, o que tiene un contrato de participación con el Administrador de reclamaciones. Para los Servicios cubiertos brindados por un Proveedor de la red, el Monto máximo aprobado para este Plan es la tarifa que el Proveedor acordó aceptar como reembolso por los Servicios cubiertos. Como los Proveedores de la red acordaron aceptar el Monto máximo aprobado como pago total por esos Servicios cubiertos, no te enviarán una factura ni te cobrarán los montos que excedan el Monto máximo aprobado. Sin embargo, es posible que recibas una factura o tengas que pagar la totalidad o una parte del Monto máximo permitido en la medida en que no hayas cumplido con el Deducible o tengas un Copago o Coseguro. Comunícate con Servicios para afiliados para obtener ayuda y encontrar un Proveedor de la red o visita [www.anthem.com](http://www.anthem.com).

Los Proveedores que no hayan firmado ningún contrato con el Administrador de reclamaciones y que no forman parte de ninguna de las redes del Administrador de reclamaciones son Proveedores fuera de la red, sujetos a las normas de Blue Cross Blue Shield Association, que rigen las reclamaciones presentadas por ciertos Proveedores auxiliares.

Para los Servicios cubiertos que recibas de un Proveedor fuera de la red, el Monto máximo aprobado para este Plan será uno de los siguientes, según lo determine el Administrador de reclamaciones:

1. Un monto basado en la lista de precios/la tarifa fuera de la red del Administrador de reclamaciones, que el Administrador de reclamaciones estableció a su discreción y que el Administrador de reclamaciones tiene el derecho a modificar en ocasiones, después de considerar uno de lo siguiente: montos de reembolsos aceptados por Proveedores similares contratados con el Administrador de reclamaciones, montos de reembolsos pagados por los centros de servicios de Medicare y Medicaid por los mismos servicios o suministros, y otros costos, reembolsos y datos de utilización de la industria; o
2. Un monto basado en un reembolso o información de costos de los Centros de Servicios de Medicare o Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). cuando el Monto máximo aprobado se basa en el nivel o método de reembolso utilizado por los CMS, el Administrador de reclamaciones actualizará dicha información, que no se ajusta por ubicación geográfica, una vez por año como mínimo; o
3. Un monto basado en la información brindada por un proveedor externo, que puede reflejar uno o más de los siguientes factores: (1) La complejidad o gravedad del tratamiento; (2) el nivel de capacitación y experiencia que exige el tratamiento; o (3) los honorarios y costos de proveedores similares para brindar atención médica.
4. Los montos negociados por el Administrador de reclamaciones o por un prestador externo y acordados por el proveedor. Esto puede comprender tarifas de los servicios coordinados a través de administración de casos.
5. Un monto equivalente a los cargos totales facturados por el Proveedor, pero solo si tales cargos son menores al Monto máximo aprobado que se calcula mediante uno de los métodos antes mencionados.

Los Proveedores que no están contratados para este producto, sino que están contratados para otros productos con el Administrador de reclamaciones, también se consideran Proveedores fuera de la red. Para este Plan, el Monto máximo aprobado para los servicios de estos Proveedores será uno de los cinco métodos que se muestran arriba, a menos que el contrato entre el Administrador de reclamaciones y el Proveedor especifique un monto distinto.

En el caso de los Servicios cubiertos prestados por Proveedores fuera de la red y fuera del Área de servicio de Anthem, el precio de las reclamaciones se calculará en virtud de las tasas o de la lista de tarifas de Proveedores no participantes del Plan local Blue Cross Blue Shield o de los acuerdos de precios que se exigen según la ley estatal o federal vigente. En determinadas situaciones, el Monto máximo aprobado para reclamaciones fuera del área puede basarse en los cargos facturados, el precio que se cobraría si los servicios de cuidado de la salud se hubieran obtenido dentro del área de servicios de Anthem o en un precio especial negociado.

A diferencia de los Proveedores de la red, los Proveedores fuera de la red pueden enviarte una factura y cobrar el monto del cargo del Proveedor que exceda el Monto máximo aprobado. Debes pagar la diferencia entre el Monto máximo aprobado y el monto que el Proveedor cobra. Este monto puede ser importante. Si eliges un Proveedor de la red, es probable que los costos de bolsillo sean menores para ti. Comunícate con Servicios para afiliados para obtener ayuda y encontrar un Proveedor de la red o visita [www.anthem.com](http://www.anthem.com).

Servicios para afiliados también está disponible para ayudarte a determinar este/tu Monto máximo aprobado del Plan para un servicio en particular brindado por un Proveedor fuera de la red. Para que podamos ayudarte, debes obtener de tu Proveedor los códigos de procedimiento y de diagnóstico específicos para los servicios que el Proveedor te prestará. También necesitará conocer los cargos del Proveedor para calcular sus gastos de bolsillo. Si bien Servicio para afiliados puede ayudarte con esta información previa al servicio, el Monto máximo aprobado final de tu reclamación se basará en la reclamación real que presente el Proveedor.

## **DISTRIBUCIÓN DE COSTOS DEL AFILIADO**

Para algunos Servicios cubiertos es posible que tengas que pagar una parte del Monto máximo aprobado como tu monto de costo compartido (por ejemplo, los Deducibles, los Copagos o el Coseguro).

Tu monto de costo compartido y tus límites de gastos de bolsillo pueden variar si recibiste servicios de un Proveedor de la red o un Proveedor fuera de la red. Concretamente, quizás debas pagar un monto de distribución de costos mayor o puedas tener límites en tus beneficios si utilizas Proveedores fuera de la red. Consulta la Lista de beneficios en este Folleto de beneficios para conocer tus obligaciones y limitaciones con respecto al costo compartido o comunícate con Servicios para afiliados para saber cómo pueden variar estos costos compartidos o beneficios del Plan según el tipo de Proveedor que utilices.

El Administrador de reclamaciones no reembolsará ningún servicio no cubierto. Puedes tener que pagar el costo total facturado por tu Proveedor para los Servicios no cubiertos, independientemente de si dichos servicios son prestados por un Proveedor de la red o un Proveedor fuera de la red. Los Servicios no cubiertos incluyen servicios específicamente excluidos de la cobertura según los términos de tu política y servicios recibidos tras haber agotado los beneficios. Los beneficios se pueden agotar, por ejemplo, al exceder el límite máximo de por vida, el límite de beneficios, o el límite de días/visitas.

*Ejemplo:*

- *Eliges a un cirujano de la red. El costo era de \$2500. El Monto máximo aprobado por una cirugía es \$1500; el Coseguro que deberás pagar si utilizas un cirujano de la red es el 20 % de \$1500, o \$300. El Administrador de reclamaciones paga el 80 % de \$1500 o \$1200. El cirujano de la red acepta el total de \$1500 como reembolso por la cirugía, independientemente de los cargos. Sus gastos de bolsillo totales serán de \$300.*
- *Tú eliges a un cirujano fuera de la red. El cargo por los servicios del cirujano fuera de la red es de \$2500. El Monto máximo aprobado para los servicios quirúrgicos es de \$1500; el Coseguro que deberá pagar por el cirujano fuera de la red es el 30 % de \$1500, o \$450 una vez alcanzado el Deducible fuera de la red. El Administrador de reclamaciones paga el 70 % restante de \$1500, o \$1050. Además, el cirujano fuera de la red podría cobrarte a ti la diferencia entre \$2500 y \$1500, de modo que tu gasto total de bolsillo sería \$450 más un adicional de \$1000, por un total de \$1450.*

## SERVICIOS AUTORIZADOS

En algunos casos, como cuando no hay disponible un Proveedor de la red para el Servicio cubierto, el Administrador de reclamaciones puede autorizar el porcentaje de costos compartidos de la red (Deducible, Copago y/o Coseguro) para que se aplique a una reclamación por un Servicio cubierto que recibiste de un Proveedor fuera de la red. En estos casos, debes comunicarte con el Administrador de reclamaciones antes de obtener el Servicio cubierto. El Administrador de reclamaciones también puede autorizar el porcentaje de costos compartidos de la red para que se aplique a una reclamación por Servicios cubiertos si recibes servicios de emergencia de un Proveedor fuera de la red y no puedes comunicarte con nosotros hasta después de la prestación del Servicio cubierto. Si el Administrador de reclamaciones autoriza un monto de costo compartido de la red para que se aplique a un Servicio cubierto recibido de un Proveedor fuera de la red, es posible que debas pagar la diferencia entre el Monto máximo aprobado y el cargo del Proveedor fuera de la red. Comunícate con el Servicio para Afiliados para obtener información sobre servicios autorizados o para solicitarla.

*Ejemplo:*

*Solicitas los servicios de un Proveedor especializado, pero no hay Proveedores de la red para esa especialidad en tu lugar de residencia. Te comunicas con el Administrador de reclamaciones antes de recibir cualquier Servicio cubierto, y te autorizan a ir a un Proveedor fuera de la red disponible para ese Servicio cubierto y, además, se acuerda que se aplique el costo compartido dentro de la red.*

*Tu Plan tiene un Copago de \$45 por Proveedores fuera de la red y un Copago de \$25 por Proveedores de la red de Proveedores participantes para el Servicio cubierto. El cargo del Proveedor fuera de la red por este servicio es de \$500. El Monto máximo aprobado es \$200.*

*Como el Administrador de reclamaciones autorizó que se aplique el costo compartido de la red en este caso, tendrás que pagar el Copago de la red de \$25 y el Administrador de reclamaciones tendrá que pagar el monto de \$175 restante del Monto máximo aprobado de \$200.*

*Debido a que el cargo del Proveedor fuera de la red por este servicio es de \$500, podrás recibir una factura del Proveedor fuera de la red por la diferencia entre el cargo de \$500 y el Monto máximo permitido de \$200. Combinado con tu Copago de la red de \$25, tu gasto total de bolsillo sería \$325.*

## Revisión de reclamaciones

El Administrador de reclamaciones tiene procesos para revisar las reclamaciones antes y después del pago para detectar fraudes, pérdidas, abusos y otras actividades inapropiadas. Aquellos afiliados que busquen servicios de Proveedores fuera de la red podrían recibir una factura de parte del Proveedor fuera de la red por los servicios que no sean considerados pagaderos como resultado de estos procesos de revisión. También puede considerarse que una reclamación no es pagadera cuando el Proveedor no envíe las historias clínicas junto con las reclamaciones que se estén revisando en estos procesos.

## Aviso de reclamación y prueba del siniestro

Dentro de los 90 días a partir de la obtención de los Servicios cubiertos, el Administrador de reclamaciones deberá recibir un aviso escrito de tu reclamación para poder recibir el pago de los beneficios. Tu reclamación debe tener la información que necesita el Administrador de reclamaciones para determinar los beneficios. Los servicios recibidos y los cargos por los servicios deben detallarse y describirse correcta y claramente. Si no es lógicamente posible presentar la reclamación dentro de ese plazo, se otorgará una extensión de hasta 12 meses. Se deben utilizar formularios de reclamación; no se aceptan cheques o recibos cancelados. **Si el Administrador de reclamaciones no puede completar el procesamiento de una reclamación porque tú o tu Proveedor no nos proporcionó la información adicional, la reclamación puede ser rechazada.**

## Formularios de reclamación

La mayoría de los Proveedores generalmente podrá suministrar los formularios de reclamaciones. Si no hay formularios disponibles, comuníquese con Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes o mediante el sitio web en: [www.ucship.edu/ucship](http://www.ucship.edu/ucship) o Servicios para afiliados de UC SHIP al 1-866-940-8306 y solicita que te envíen un formulario de reclamación. Si no recibes el formulario de reclamación, se podrá presentar un aviso escrito de los servicios prestados sin el formulario de reclamaciones. En la notificación escrita sobre la reclamación, debes incluir la misma información que brindarías en el formulario de reclamaciones. Esto incluye:

- Nombre del paciente.
- Relación del paciente con el estudiante.
- Número de identificación.
- Fecha, tipo y lugar de servicio.
- Su firma y la firma del Proveedor.

## Cooperación del Afiliado

Deberás completar y presentar al Administrador de reclamaciones todas las autorizaciones, los consentimientos, las divulgaciones, las asignaciones y demás documentos que sean necesarios para obtener o garantizar el reembolso conforme a Medicare, la compensación para trabajadores o cualquier otro programa gubernamental. Si tú no cooperas, deberás pagar todos los cargos por servicios.

## Pago de beneficios

El Administrador de reclamaciones puede pagar los beneficios por los Servicios cubiertos directamente a los Proveedores dentro de la red. Sin embargo, si vas a un Proveedor fuera de la red, el Administrador de reclamaciones puede pagarte los beneficios a ti. Los pagos también pueden hacerse y los avisos de recibo o adjudicación de reclamaciones enviarse, a un receptor alternativo (cualquier hijo de un estudiante reconocido, conforme a una Orden médica calificada de manutención de menores [QMCSO] con derecho a estar inscripto conforme al Plan), o al padre que ejerce la custodia de esa persona o a un representante designado. Cualquier pago de beneficios que se realice cancelará la obligación del Plan de pagar los Servicios cubiertos. No puedes ceder tu derecho a los beneficios a ninguna persona, salvo que así lo exija una orden válida de asistencia médica para un menor, según la definición de cualquier ley estatal vigente.

Una vez que un Proveedor realice un Servicio cubierto, el Administrador de reclamaciones no aceptará un pedido para que retengamos el pago de las reclamaciones presentadas.

## Acuerdos entre planes

### Servicios fuera del área

#### Descripción general

Anthem mantiene varios tipos de relaciones con otros licenciarios de Blue Cross y Blue Shield. Por lo general, estas relaciones se denominan "Acuerdos entre planes". Estos Acuerdos entre planes se basan en reglas y procedimientos emitidos por Blue Cross Blue Shield Association ("Asociación"). Cuando recibes servicios de cuidado de la salud fuera del área geográfica en la que Anthem presta sus servicios (el "Área de servicios de Anthem"), las reclamaciones de dichos servicios se pueden procesar a través de uno de estos acuerdos entre Planes. Los Acuerdos entre planes se describen a continuación.

Si recibe atención fuera del Área de servicios de Anthem, la recibe de uno de dos tipos de Proveedores. La mayoría de los Proveedores (“Proveedores participantes”) tienen contrato con el plan local de Blue Cross o Blue Shield en dicha área geográfica (“Host Blue”). Algunos Proveedores (“Proveedores no participantes”) no tienen contrato con Host Blue. A continuación, explicamos cómo le pagamos a cada tipo de Proveedores.

### **Elegibilidad en virtud de los Acuerdos entre planes: tipos de reclamaciones**

La mayoría de los tipos de reclamaciones son elegibles para ser procesadas a través de los Acuerdos entre planes, como se describe anteriormente. Algunos ejemplos de reclamaciones que no se incluyen en este programa son los Medicamentos recetados que obtiene en la Farmacia y la mayoría de los beneficios dentales o de la visión.

#### **A. Programa BlueCard®**

Según el Programa BlueCard®, cuando obtienes Servicios cubiertos dentro del área geográfica prestados por un Host Blue, Anthem deberá cumplir con todas sus obligaciones contractuales. Pero el Host Blue deberá (a) contratar a sus Proveedores y (b) manejar las interacciones con dichos Proveedores.

Cuando recibe Servicios cubiertos fuera del Área de servicios de Anthem, y la reclamación se procesa a través del Programa BlueCard, el monto que paga se calcula en función del más bajo de los siguientes montos:

- Pagar los cargos facturados por servicios cubiertos.
- Pagar el precio negociado que el Host Blue pone a disposición de Anthem.

Con frecuencia, este “precio negociado” será un simple descuento que refleja un precio real que el Host Blue paga al Proveedor. A veces, es un precio aproximado en el que se tienen en cuenta arreglos especiales con ese Proveedor. En ocasiones, ese arreglo puede ser un precio promedio, en función de un descuento que surge de un promedio de ahorro esperado para servicios prestados por tipos similares de Proveedores.

Para calcular el precio estimado y el precio promedio también se consideran los ajustes para corregir la subestimación o la sobreestimación de los precios anteriores de las reclamaciones, como se especificó anteriormente. Sin embargo, dichos ajustes no afectarán el precio que Anthem utiliza para tu reclamación, ya que estos no se aplicarán luego de que se haya pagado la reclamación.

#### **B. Acuerdos negociados (que no son del programa BlueCard)**

Con respecto a uno o más Host Blue, en vez de usar el programa BlueCard, Anthem puede procesar tus reclamaciones por Servicios cubiertos a través de los Acuerdos negociados para Cuentas Nacionales.

El monto que pagas por Servicios cubiertos bajo este acuerdo se calculará en base al monto más bajo de los cargos facturados por Servicios cubiertos o el precio negociado (consulta la descripción de precio negociado en la Sección A. Programa Bluecard) que el Host Blue pone a disposición de Anthem.

#### **D. Programas entre planes: impuestos estatales o federales/recargos/tarifas**

Las leyes o reglamentaciones federales o estatales pueden requerir que se pague un recargo, un impuesto u otra tarifa. Si corresponde, Anthem incluirá dicho recargo, impuesto o tarifa en el cargo que se te cobre por la reclamación.

#### **E. Proveedores no participantes fuera del Área de servicio**

El método de precios usado para reclamaciones de Proveedores no participantes fuera del Área de servicio de Anthem se describe en "Pago de reclamaciones".

## F. Programa BlueCard Worldwide®

Si tienes planes de viajar fuera de los Estados Unidos, llama a Servicios para Afiliados para conocer los beneficios de BlueCard Worldwide. Los beneficios por los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos pueden ser diferentes de los servicios recibidos en el país. Recuerda llevar contigo una Tarjeta de identificación de salud actualizada.

Si viajas al exterior y necesitas atención médica, puedes llamar al Centro de Servicios de BlueCard Worldwide en cualquier momento. Está disponible las 24 horas, los siete días de la semana. El número gratuito es 800-810-2583. También puedes llamar con cobro revertido al 804-673-1177.

Si necesitas cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados, tú u otra persona en tu nombre, debe comunicarse con el Administrador de reclamaciones para obtener una autorización previa. Ten en cuenta que, si necesitas atención médica de Emergencia, debes ir al hospital más cercano. No es necesario llamarnos antes de recibir atención.

Consulta la sección “Solicitud de aprobación de beneficios” de este Folleto de beneficios para obtener más información. Tú puedes recibir información sobre cómo obtener la autorización previa cuando necesitas ser admitido en un hospital para recibir Cuidados de emergencia o que no sean de emergencia.

### Cómo se pagan las reclamaciones con BlueCard Worldwide

En la mayoría de los casos, cuando coordina la atención hospitalaria para pacientes internados con BlueCard Worldwide, tú debes presentar las reclamaciones. Los únicos montos que puedes tener que pagar por adelantado son los Copagos, los Coseguros o los montos Deducibles que correspondan.

Por lo general, deberá pagar los siguientes servicios por adelantado:

- servicios médicos;
- atención hospitalaria para pacientes internados no coordinada con BlueCard Worldwide; y
- servicios para pacientes ambulatorios.

Deberá presentar un formulario de reclamaciones por cualquier pago que realice por adelantado.

Si necesitas obtener formularios de reclamaciones de BlueCard Worldwide, puedes acceder a los formularios de reclamaciones internacionales de las siguientes maneras:

- Llama al Centro de servicios de BlueCard Worldwide al número anterior; o
- En Internet, en [www.bluecardworldwide.com](http://www.bluecardworldwide.com).

Encontrará la dirección para enviar la reclamación en el formulario.

**Nota acerca de viajes de UC:** La Universidad proporciona una política de accidentes de viajes para los estudiantes que viajan por motivos relacionados con la Universidad que es administrada por la oficina de UC del presidente, sin costo adicional para los estudiantes. Para obtener más información acerca de este beneficio y para registrarte para el programa, visita:

<http://www.ucop.edu/risk-services/loss-prevention-control/travel-assistance/>

Ten en cuenta que para recibir asistencia de emergencia fuera del país y usar este beneficio (que incluye evacuación médica y repatriación de restos mientras se trabaja e investiga para la Universidad en un país extranjero) DEBES registrarte antes de tu viaje en el sitio web que figura arriba. El registro es simple y toma menos de 5 minutos.

En todos los casos, la política de accidentes de viaje del presidente de la oficina de la Universidad de California es primaria y pagará beneficios antes del beneficio proporcionado por este Plan.

## Coordinación de beneficios cuando los Afiliados están asegurados por más de un Plan

La cobertura de este Plan es la cobertura secundaria de todos los Planes restantes (incluido Medicare), con la excepción de Medi-Cal, MRMIP y TRICARE, para cualquier servicio que no brinde Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes. Los servicios prestados en Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes son primordiales para cualquier otro servicio.

Si recibes cobertura de más de un Plan de salud de grupo, tus beneficios con este Plan se coordinarán con los de los otros Planes. Estas cláusulas de coordinación se aplican por separado a cada afiliado, por Año del plan y están estipuladas principalmente por las leyes de California. Cualquier cobertura que tengas para beneficios médicos o dentales pediátricos se coordinará según se detalla más abajo.

### DEFINICIONES

A continuación se explica la terminología clave que se utiliza en esta sección. Siempre que se utilice la siguiente terminología clave en estas cláusulas, la primera letra de cada palabra estará en mayúsculas. Cuando vea estas palabras con mayúscula inicial, puedes consultar esta cláusula sobre "Definiciones".

**Gasto permitido** es cualquier gasto necesario, razonable y usual que está, por lo menos en parte, cubierto por cualquier plan que cubre a la persona para la que se realiza la reclamación. Cuando el Plan ofrece beneficios en forma de servicios en lugar de pagos, el valor en efectivo razonable para cada servicio prestado se considerará tanto un Gasto permitido como un beneficio pagado. Un gasto que no cubre ninguno de los Planes de la persona para la cual se realiza una reclamación no es un gasto permitido.

Los siguientes no son gastos permitidos:

1. El uso de una habitación privada en el hospital no se considera un Gasto aprobado, a menos que la estadía del paciente en una habitación privada en el hospital sea necesaria por motivos médicos, ya sea en cuanto a la práctica médica generalmente aceptada o uno de los planes brinde cobertura de manera periódica para habitaciones privadas en un hospital.
2. Si estás cubierto por dos Planes que calculan los beneficios o servicios sobre la base de un monto razonable y habitual o de listas de valor relativo para reembolso o algún otro método similar, cualquier cantidad que supere el monto razonable y habitual más alto.
3. Si una persona está cubierta por dos planes que ofrecen beneficios o servicios sobre la base de tarifas o tasas negociadas, un monto que supere la tarifa negociada mínima.
4. Si una persona está cubierta por un plan que calcula sus beneficios o servicios sobre la base de un monto razonable y habitual, o método de reembolso con listas de valor relativo o algún otro método similar de reembolso, y otro plan que brinda beneficios o servicios sobre la base de las tarifas o tasas negociadas, cualquier monto que supere la tarifa negociada.
5. El monto de toda reducción de beneficios por parte del plan principal porque tú no cumpliste las disposiciones del plan no es un gasto permitido. Ejemplos de estos tipos de disposiciones incluyen segundas opiniones quirúrgicas, requisitos de revisión de utilización y acuerdos de Proveedores dentro de la red.
6. Si informas al Administrador de reclamaciones que todos los Planes que te brindan cobertura son Planes de salud con Deducible alto, según la definición de la sección 223 del Código de Impuestos Internos, y pretendes hacer aportes a una cuenta de ahorros para la salud establecida conforme a la Sección 223 del Código de Impuestos Internos, cualquier monto que esté sujeto al Deducible del Plan de salud principal con Deducible alto.

**Otro Plan** se aplica a lo siguiente:

1. Cobertura de seguro grupal, general o con franquicia.
2. Contrato de plan de servicio de grupo, prácticas individuales o de grupo y otras coberturas de grupo prepagas.
3. Cobertura de grupo con planes de fiduciarios de gestión laboral, planes de organizaciones de beneficios para sindicatos, planes de organizaciones de beneficios para empleados o planes de beneficios para empleados autoasegurados.
4. Medicare. No incluye Medicare cuando, por ley, tus beneficios son secundarios a aquellos de cualquier programa de seguro privado u otro programa no gubernamental, incluidos programas de autoaseguramiento.
5. Asociación Nacional Atlética Universitaria (NCAA) o la Asociación Nacional Interuniversitaria de Deportes (NAIA).

El término "Otro Plan" se refiere por separado a cada acuerdo, póliza, contrato, u otro acuerdo por servicios y beneficios, y solamente a esa sección de tal acuerdo, póliza o contrato que se reserva el derecho de considerar los servicios o beneficios de otros planes para definir los beneficios.

**Plan Principal** es el plan que determinará tus beneficios en primer lugar.

**Este Plan** es aquella sección de este plan que ofrece beneficios sujetos a esta cláusula.

#### **EFFECTO SOBRE LOS BENEFICIOS**

Esta cláusula se aplicará para determinar los beneficios de una persona según Este Plan para cualquier año calendario, cuando los beneficios con Este Plan y cualquier Otro Plan superen los Gastos permitidos para ese año calendario.

1. Si es el Plan Principal, entonces los beneficios de Este Plan se determinarán primero sin considerar los beneficios o servicios de cualquier Otro Plan.
2. Si no es el Plan Principal, entonces es posible que los beneficios de Este Plan se reduzcan de tal manera que los servicios y beneficios de todos los planes no superen el Gasto Permitido.
3. Los beneficios de Este Plan en ningún caso serán mayores que la suma de beneficios que hubiera correspondido pagar si estuvieras cubierto únicamente por Este Plan.

#### **DETERMINACIÓN DEL ORDEN DE LOS BENEFICIOS**

La primera de las siguientes normas que resulte aplicable determina el orden en que se pagan los beneficios:

1. Un Afiliado recibe tratamiento en Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes. El UC SHIP es primordial para estos servicios. Es posible que tengas que presentar tu recibo a tu otro Plan de salud para el reembolso.
2. Un plan que no cuenta con una cláusula de coordinación de beneficios paga antes que un plan que sí cuenta con ella. Esto incluye a Medicare en todos los casos, salvo cuando la ley exige que Este Plan pague antes que Medicare.

**Nota:** Este Plan es la cobertura secundaria de todas las pólizas restantes con la excepción de MRMIP y TRICARE.

3. En la mayoría de los casos, un Plan que te cubre como afiliado paga antes que un Plan que te cubre como dependiente. Sin embargo, el UC SHIP es la cobertura secundaria de todos los otros Planes con la excepción de MRMIP y TRICARE. Otra excepción es si estás jubilado y eres elegible para Medicare, Medicare paga (a) después del Plan que te cubre como dependiente de un empleado activo, (b) antes del Plan que te cubre como empleado jubilado.

## **LOS DERECHOS DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES SEGÚN ESTA CLÁUSULA**

**Responsabilidad de informar de manera oportuna.** El Administrador de reclamaciones no tiene la obligación de coordinar beneficios, salvo que la parte solicitante haya suministrado oportunamente información respecto de la aplicación de esta cláusula.

**Valor razonable en efectivo.** Si Otro Plan ofrece beneficios como servicios en vez de pagos en efectivo, el valor módico en efectivo para los servicios prestados se considerará un Gasto Permitido. El valor módico en efectivo de ese servicio se considerará un beneficio pagado, y por consiguiente nuestra responsabilidad se reducirá.

**Facilidades de pago.** Si los pagos que se debieron haber realizado según este Plan se hubieran realizado según cualquier otro Plan, el Administrador de reclamaciones tiene derecho a pagar a ese otro Plan cualquier suma que determinen necesaria para cumplir con el propósito de esta cláusula. Toda suma tal se considerará un beneficio pagado según este Plan, y dicho pago cancelará plenamente la obligación del Administrador de reclamaciones.

**Derecho de recuperación.** Si los pagos que se realizan según este Plan superan el pago máximo necesario para cumplir con el propósito de esta cláusula, el Administrador de reclamaciones tiene derecho a recuperar el excedente de esa suma de cualquier persona u organización a la que se haya realizado el pago, o de cualquier compañía de seguros o Plan de servicios.

# Subrogación y reembolso

Estas disposiciones se aplican cuando el plan paga por beneficios como resultado de lesiones o enfermedades que tú sufriste, si tienes derecho a la recuperación o has recibido una recuperación por parte de una fuente. La “recuperación” incluye, entre otros, los reembolsos otorgados por cualquier persona o parte, el seguro de responsabilidad de cualquier persona o parte, el dinero de cobertura de automovilista no asegurado o subasegurado, el fondo o seguro de compensación para trabajadores, el seguro sin culpabilidad o la cobertura de pagos médicos de seguro de automotor a los que el beneficiario acceda mediante litigio, acuerdo u otro procedimiento pertinente. El dinero recibido como recuperación estará sujeto a estas disposiciones, independientemente de cómo tú, tu representante o un acuerdo categoricen este beneficio.

## Subrogación

El plan tiene derecho a recuperar lo que pague en tu nombre de cualquier parte responsable de resarcirte por sus enfermedades o lesiones. Se aplica lo siguiente:

- El plan tiene derecho prioritario a recibir cualquier importe de la recuperación por el monto total de los beneficios que hayas pagado, independientemente de que tú hayas sido resarcido completamente y de si los pagos que tú recibiste compensaron sus pérdidas, enfermedades o lesiones.
- Tú y tu representante legal deben tomar las medidas necesarias para que el plan pueda ejercer su derecho y no deben actuar de manera que ese derecho se vea perjudicado.
- Si tú o tu representante legal no toman las medidas necesarias para que el Plan ejerza su derecho de subrogación, el Plan tendrá derecho a deducir el monto que haya pagado de sus futuros beneficios conforme al Plan.
- Para recuperar los beneficios que haya pagado, el plan tiene derecho a tomar cualquier acción legal que considere adecuada contra cualquier persona, parte o entidad.
- Si los activos totales disponibles para recuperar el dinero no alcanzan para satisfacer completamente el derecho de subrogación del plan y lo que te corresponda a ti, se satisfará primero el derecho del plan, antes de aplicar parte de la recuperación a tus reclamaciones, los honorarios de tu abogado u otros gastos y costos.
- El Plan no es responsable de los honorarios de abogados, las retenciones de abogados u otros gastos y costos que realices. La doctrina del “fondo común” no se aplica a los fondos que recupere un abogado que tú contrates, independientemente de si los fondos recuperados se usan para reembolsar beneficios que el plan había pagado.

## Reembolso

Si tú obtienes una recuperación, y el plan no ha sido reembolsado por los beneficios que pagó en tu nombre, el plan tendrá derecho a recibir la parte de la recuperación equivalente al monto de los beneficios pagados en tu nombre, y se aplicarán las siguientes disposiciones:

- Debes reembolsar a la brevedad cualquier importe de la recuperación, hasta la suma total de los beneficios que el Plan pagó en tu nombre, independientemente de si los pagos que recibiste compensaron tus pérdidas, enfermedades o lesiones.
- Más allá de cómo se asigne o designe la recuperación (por ejemplo, resarcimiento por dolor y sufrimiento) en un acuerdo o en una sentencia judicial, el plan tendrá derecho prioritario a recuperar la totalidad del monto pagado, la cual se restará a dicha recuperación. Además, los derechos del plan no se reducirán debido a una negligencia por parte tuya.
- No bien reciba la recuperación, tú y tu representante legal deben mantener el dinero total proveniente de ella (por ejemplo, la suma total de tu recuperación, antes de descontar los honorarios

de abogados u otros gastos o costos). Tú y tu representante legal reconocen que la porción de la recuperación a la cual se aplica el derecho de retención equitativo del Plan es un activo del Plan.

- Cualquier recuperación que obtienes no debe disiparse o desembolsarse hasta que se te haya vuelto a pagar al Plan, de acuerdo con estas cláusulas.
- Debe reembolsar al plan, de manera prioritaria y sin descuentos ni reducciones por honorarios de abogados u otros gastos y costos. La doctrina del “fondo común” no se aplica a los fondos que recupere un abogado que tú contrates, independientemente de si los fondos recuperados se usan para reembolsar beneficios que el plan había pagado.
- Si tú no reembolsas al plan, este tendrá derecho a deducir la parte no reembolsada correspondiente al monto de beneficios que el plan te haya pagado a ti o al importe de la recuperación (la suma que sea menor) de tus beneficios futuros en los siguientes casos:
  1. Si el plan no recupera el monto que pagó en tu nombre de ninguna forma;
  2. Tú no cooperas.
- Si tú no declaras el monto de tu acuerdo al plan, este tendrá derecho a retener el monto correspondiente de tus beneficios futuros.
- El plan también tendrá derecho a recuperar toda parte que no se le haya reembolsado del monto que haya pagado o del monto de tu recuperación, lo que sea menor, de los Proveedores a los que el plan haya pagado en tu nombre. En tal circunstancia, es posible que tú debas pagar al Proveedor el monto total facturado, y el plan no tendrá la obligación de pagar al Proveedor ni de reembolsarte a ti.
- El plan tiene derecho prioritario al reembolso de una recuperación, incluso si esta no satisface completamente la sentencia, el acuerdo o la demanda por daños y perjuicios implícita o si no te compensa a ti totalmente.

### **Sus deberes**

- Debes notificar al Plan, sin demora, cómo, dónde y cuándo ocurrió el accidente que te causó la lesión personal o enfermedad, toda la información sobre las partes involucradas y cualquier otra información solicitada por el Plan.
- Debe cooperar con el plan en la investigación, el acuerdo y la protección de los derechos del plan. Si tú o tu representante legal no toman las medidas necesarias para que el Plan ejerza su derecho de subrogación o reembolso, el Plan tendrá derecho a deducir el monto que haya pagado de tus futuros beneficios conforme al Plan.
- No debes hacer nada que perjudique los derechos del plan.
- Debes enviar al plan copias de los informes policiales, los avisos u otros documentos que recibas en relación con el accidente que te causó la lesión personal o enfermedad.
- Debes notificar al plan sin demora si contrata a un abogado o si se presenta una demanda en tu nombre.
- Debes informar inmediatamente al Plan si se inicia un juicio, se llega a un acuerdo o si se presentan peticiones potencialmente no positivas en un caso.

El Administrador de casos interpretará a su criterio los términos de la disposición de reembolso y subrogación de este Plan en su totalidad; además, se reserva el derecho de modificarla si lo considera necesario.

Si la persona cubierta es menor de edad, los montos recuperados por el menor, su fideicomiso, tutor, padre o madre, o bien otro representante estarán sujetos a esta disposición. Asimismo, si los parientes de la persona cubierta, sus herederos o cesionarios reciben una recuperación a raíz de las lesiones sufridas por la persona cubierta, dicha recuperación estará sujeta a esta disposición.

El plan tiene derecho a recuperar los honorarios y costos de abogados en los que haya incurrido para hacer cumplir esta disposición.

El plan será la cobertura secundaria con respecto a cualquier disposición sobre pagos médicos, póliza de seguro automotor sin culpabilidad o póliza de protección contra lesiones personales, independientemente de cualquier otra elección que haya hecho. El plan también será la cobertura secundaria con respecto a toda póliza de seguros adicional, incluidas pólizas escolares o deportivas, entre otros.

# Derechos y responsabilidades de los afiliados

Como Afiliado, tienes derechos y responsabilidades al recibir los servicios de atención médica. Como tu socio de atención médica, el Administrador de reclamaciones quiere asegurarse de que tus derechos se respeten al brindar los beneficios de salud. Esto significa darte acceso a los Proveedores de cuidado de la salud de la red del Administrador de reclamaciones y a la información que necesitas para tomar las mejores decisiones para tu salud. Como Afiliado, deberías participar activamente en la atención de tu salud.

**Estos son tus derechos y responsabilidades:**

**Tienes derecho a lo siguiente:**

- Hablar en forma libre y privada con sus Proveedores de cuidado de la salud sobre todas las opciones de atención médica y tratamientos necesarios para tu afección, sin importar el costo o si tu Plan los cubre.
- Tomar decisiones sobre tu cuidado de la salud junto con tus médicos.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Esperar que mantengamos la privacidad de tu información médica personal al cumplir con las políticas de privacidad del Administrador de reclamaciones y con las leyes estatales y federales.
- Obtener la información que necesites para asegurarte de aprovechar al máximo tu Plan de salud y compartir tu opinión. Esto incluye información sobre lo siguiente:
  - La empresa y los servicios del Administrador de reclamaciones.
  - La red de Proveedores de cuidado de la salud del Administrador de reclamaciones.
  - Sus derechos y responsabilidades.
  - Las normas de tu plan de salud.
  - Cómo funciona tu plan de salud.
- Presentar una queja o una apelación sobre lo siguiente:
  - Tu plan de salud y la atención que recibes.
  - Cualquier decisión sobre los servicios o beneficios cubiertos que tome tu plan de salud.
- Rechazar atención para cualquier afección o enfermedad, sin que esto afecte la atención que puedas obtener en el futuro. Esto incluye pedirle a tu médico que te diga cómo esto puede afectar tu salud ahora y en el futuro.
- Obtener del proveedor de atención médica la información más actualizada sobre las causas de tu enfermedad, el tratamiento y los posibles resultados. Puedes pedir ayuda si no entiendes esta información.

**Tú eres responsable de lo siguiente:**

- Leer toda la información acerca de tus beneficios de salud y solicitar ayuda si tienes preguntas.
- Respetar todas las políticas y reglas del plan de salud.
- Tratar a todos los médicos, Proveedores de cuidado de la salud y personal con respeto.
- Cumplir con todas las citas programadas. Llama al consultorio de tu proveedor de atención médica si vas a llegar tarde o si necesitas cancelar la cita.
- Comprender sus problemas de salud lo mejor que pueda y trabajar junto con sus Proveedores de cuidado de la salud a fin de acordar, entre todos, un plan de tratamiento.
- Informarles a tus Proveedores de atención médica si no entiendes algún tipo de atención que estás recibiendo o al que ellos quieren que te sometas como parte de tu plan de atención.
- Seguir el plan de atención que has acordado con tus proveedores de atención médica.
- Brindar al Administrador de reclamaciones, a tus médicos y a otros Proveedores de cuidado de la salud la información necesaria para que te ayudemos a obtener el mejor cuidado posible y todos los

beneficios para los que eres elegible con tu Plan de salud. Esto puede incluir información sobre otros beneficios de salud y de seguro que tengas, junto con tu cobertura de este Plan.

- Informar a la oficina del funcionario de registro del campus si ha habido cambios en tu nombre, domicilio o dependientes cubiertos por el Plan.

**Si necesitas más información o deseas comunicarte con el Administrador de reclamaciones, visita [anthem.com](http://anthem.com) y selecciona Atención a clientes>Contáctanos. O llama al número de Servicios para afiliados que figura en tu Tarjeta de identificación.**

**El Administrador de reclamaciones quiere que sus afiliados reciban beneficios y Servicios para afiliados de excelente calidad. Los beneficios y la cobertura de los servicios prestados conforme al Plan están regidos por el folleto y no por este resumen de derechos y responsabilidades del afiliado.**

# Finalización y continuación de la cobertura

## Finalización de la cobertura

**Para los estudiantes, la cobertura finaliza como se indica a continuación:**

1. Si el Plan termina, la cobertura del estudiante finaliza en ese mismo momento. Este Plan se puede cancelar o cambiar en cualquier momento sin aviso. Si el Plan termina o cambia, un estudiante asegurado permanecerá cubierto por reclamaciones realizadas, pero no presentadas o pagadas antes de que el Plan termine o cambie.
2. Si el Plan deja de brindar cobertura para la clase de estudiantes a la que pertenece un estudiante asegurado, la cobertura del estudiante finaliza en la fecha de puesta 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 después de la fecha de retiro o expulsión. Comunícate con la oficina de seguros de salud para estudiantes para obtener más información.
5. La Afiliación en el Plan puede terminarse 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 de material que es falsa o que malinterpreta la información de cualquier documento o no notificas al administrador del Plan de cambios en tu estado o el de tus dependientes.
  - b. Permites 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 materialmente pudieran inducir a error o información fraudulenta.

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

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

6. Si un estudiante registrado pierde la cobertura del Plan y no tiene otra cobertura de seguro médico principal, conforme lo exige el regente de University of California, el personal de Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes le brindará asistencia al estudiante para encontrar un Plan de seguro médico que cumpla con los estándares mínimos de la Universidad para los beneficios de salud. Los estudiantes también pueden ponerse en contacto mediante [coveredca.com](http://coveredca.com) para revisar los planes de intercambio de California cubiertos. El estudiante debe pagar la totalidad del costo de cualquier Plan en el cual se inscribe y cualquier cuidado médico no cubierto por el Plan, incluidos los costos de la inscripción a la cobertura y las primas del 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.**

**Importante:** Si un matrimonio o una pareja doméstica termina, o si un niño cubierto pierde su estado de niño dependiente, el estudiante debe enviar un aviso escrito a Wells Fargo Insurance Services 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 cuando estos individuos dejan de cumplir los criterios de elegibilidad según lo estipulado en la cláusula "Estado de elegibilidad". Si el Plan sufre una pérdida porque el estudiante no notifica a Wells Fargo Insurance Services la terminación de su

matrimonio o pareja doméstica, o la pérdida del estado de dependiente de un niño, podemos solicitar la recuperación por parte del estudiante de cualquier pérdida que resulte de ello. No enviar un aviso escrito a Wells Fargo Insurance Services no demorará ni evitará la terminación de la cobertura del cónyuge, la pareja doméstica o el niño. Si el estudiante notifica a Wells Fargo Insurance Services por escrito que debe cancelar la cobertura de un ex cónyuge, ex pareja doméstica o de un niño, si hubiera, inmediatamente después de que termina el matrimonio, la pareja doméstica o de que el niño pierde el estado de niño dependiente, el aviso se considerará conforme a los requerimientos de esta cláusula.

Puedes tener derecho a continuar recibiendo beneficios según los términos que se especifican en la sección "Continuación de beneficios tras la terminación".

**Otras opciones de cobertura después de la terminación.** Puede haber otras opciones de cobertura para ti o tu familia mediante el Mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de cobertura de Planes de salud de grupo (como el Plan del cónyuge o la pareja doméstica). Puedes obtener más información sobre muchas de estas opciones en <https://www.healthcare.gov/>.

Si permites que otra persona utilice tu Tarjeta de identificación del Plan o la de cualquier otro afiliado, si utilizas la Tarjeta de identificación de otra persona o utilizas una Tarjeta de identificación no válida para obtener servicios, tu cobertura finalizará de inmediato con un aviso escrito que le enviaremos al Grupo. Cualquier persona que esté involucrada en el uso indebido de una Tarjeta de identificación del Plan será responsable de pagar el Monto máximo aprobado y deberá reembolsar dicho monto al Administrador de reclamaciones por los servicios recibidos a partir del uso indebido.

Si tú o un Afiliado en tu familia están recibiendo cuidados cubiertos en el hospital al momento en que termina la afiliación, por una razón que no sea que el UC SHIP canceló este Plan o que no se pagaron las primas requeridas, los beneficios de cuidados en el Hospital para paciente hospitalizado se brindarán hasta la fecha en que reciba el alta del Hospital o en 30 días, lo que ocurra primero.

## **CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS TRAS LA TERMINACIÓN**

Si un Afiliado está confinado como Paciente hospitalizado en un Hospital en la fecha de terminación del Plan o cuando termina la cobertura por otro motivo, es posible que continúen los beneficios para el tratamiento de la enfermedad o lesión por la que el Afiliado está hospitalizado. No se brindarán beneficios para servicios que traten cualquier otra enfermedad, lesión o condición. Los beneficios del Afiliado se extenderán por un periodo de 30 días, siempre y cuando el Afiliado esté confinado como Paciente hospitalizado en un Hospital, bajo la supervisión de un médico, y los servicios sean Necesarios por motivos médicos. Ningún beneficio que se deba pagar en virtud de este Plan podrá exceder los montos máximos de beneficios que se indican en la sección denominada "Lista de beneficios".

## **Disposiciones generales**

### **Actos que escapan al control razonable (fuerza mayor)**

Si alguna acción de esta cobertura no puede llevarse a cabo o se demora por un desastre natural, huelga, cierre de empresas, problemas laborales, leyes o reglamentaciones restrictivas del gobierno, o cualquier causa que una de las partes no pueda controlar, el tiempo para llevar a cabo la acción se extenderá por el periodo equivalente al de demora, y se excusará que la acción no se haya realizado durante dicho periodo. Sin embargo, si esto ocurre, todas las partes tomarán las medidas necesarias para cumplir con sus respectivas obligaciones.

El Administrador de reclamaciones cumplirá las instrucciones del patrocinador del plan y le permitirá a este cumplir con todas sus obligaciones según las leyes estatales y federales vigentes. El patrocinador del plan debe cumplir las leyes estatales y federales vigentes, y el Administrador de reclamaciones no se hace responsable de dicho cumplimiento.

### **Circunstancias que escapan al control del Plan**

El Administrador de reclamaciones deberá hacer un esfuerzo de buena fe para coordinar un método alternativo para administrar los beneficios. En circunstancias que escapen al control del Administrador de reclamaciones o el UC SHIP (incluidas, entre otras, una catástrofe, epidemia, destrucción total o parcial de centros, motín, rebelión civil o conflictos laborales que escapen al control del Administrador de reclamaciones, discapacidad de una parte sustancial del personal del Proveedor de la red o causas similares) o si la prestación de servicios de cuidado de la salud que realice el Plan se demora o carece de sentido, el Administrador de reclamaciones hará un esfuerzo de buena fe para coordinar un método alternativo para administrar beneficios. En ese caso, el Administrador de reclamaciones y los Proveedores de la red deben administrar y brindar los servicios en virtud del Plan en la medida en que tenga sentido hacerlo y según su mejor criterio. Sin embargo, el Administrador de reclamaciones y los Proveedores de la red no serán responsables ni estarán obligados por la demora o la falta de administración o coordinación de servicios, si los acontecimientos mencionados anteriormente son la causa de la falta o demora.

### **Compensación para trabajadores**

Los beneficios conforme a este Plan no están destinados a duplicar beneficios a los que tienes derecho de acuerdo con la Ley de Compensación para Trabajadores. Tú deberás devolver al Plan, o se deberá devolver en tu nombre, todo el dinero pagado o adeudado por la compensación para trabajadores por los servicios prestados, si el Plan realizó o realiza pagos por los servicios recibidos. Se entiende que la cobertura conforme a este Plan no reemplaza ni afecta ningún requisito de cobertura de la compensación para trabajadores.

### **Confidencialidad y divulgación de información**

El Administrador de reclamaciones hará todo lo posible por mantener la confidencialidad de tu información médica. Es posible que se use la información obtenida en el curso de la prestación de los servicios de conformidad con el presente para fines de evaluación estadística e investigación. Si alguna vez se divulgaran esos datos a un tercero, deberán divulgarse únicamente en forma conjunta y estadística sin identificar a los Afiliados. La información médica se divulgará únicamente con tu consentimiento escrito o según lo requerido por la ley. Este debe estar firmado, fechado y debe especificar la naturaleza de la información, y las personas y organizaciones a las que se puede divulgar. Podrás tener acceso a tus propios registros médicos.

Podremos divulgar tu información médica a organizaciones de revisión profesional de pares y a los fines de informar experiencias de reclamaciones o llevar a cabo una auditoría de las operaciones del Administrador

de reclamaciones, siempre que la información que se divulgue sea razonablemente necesaria para llevar a cabo la revisión o la auditoría.

Se encuentra disponible una declaración que describe las políticas y los procedimientos del Plan para mantener la confidencialidad de las historias clínicas, la cual podrá solicitar para tu consulta.

## **Conformidad con la ley**

Todo término del Plan que esté en conflicto con la ley federal se modificará automáticamente por el presente para ajustarse a los requisitos mínimos de tales leyes.

## **Coordinación de la atención**

El Administrador de reclamaciones les paga de diferentes maneras a los Proveedores de la red, con el objetivo de proporcionarte Servicios cubiertos para ti. Por ejemplo, a veces les paga a los Proveedores de la red un monto separado por cada Servicio cubierto que proporcionan. En otros casos, el Administrador de reclamaciones les paga un solo monto por todos los Servicios cubiertos relacionados con el tratamiento de una condición médica. Y en otros casos, el Administrador de reclamaciones les paga un monto fijo, predeterminado y periódico para cubrir los costos de los Servicios cubiertos. Además, a veces el Administrador de reclamaciones les paga incentivos financieros u otros montos adicionales a los Proveedores de la red para ayudar a mejorar la calidad de los cuidados y promover la prestación rentable de servicios de cuidado de la salud, o bien para compensar a los Proveedores de la red por la coordinación de los cuidados de los Afiliados. En algunos casos, es posible que los Proveedores de la red deban pagarle al Administrador de reclamaciones como consecuencia de no cumplir con ciertos estándares. No debes pagar ninguna parte del monto que los Proveedores de la red le paguen al Administrador de reclamaciones conforme a estos programas.

## **Derecho de recuperación y ajuste**

Cada vez que se haga un pago por error, el Plan tendrá derecho a recuperar dicho pago de tu parte o, si corresponde, del Proveedor, o bien a hacer los ajustes necesarios en las reclamaciones. En la mayoría de los casos, dicha actividad de recuperación o ajuste se limitará al año calendario en el que se descubre el error.

El Administrador de reclamaciones tiene la responsabilidad de supervisar el cumplimiento de los contratos con los Proveedores y prestadores. El Plan puede celebrar un acuerdo o trato con respecto al cumplimiento de estos contratos y conservar cualquier recuperación que haga un Proveedor o prestador como consecuencia de estas auditorías si la devolución del pago en exceso no es factible. Además, el Plan ha establecido políticas de recuperación y ajustes, con el fin de determinar qué recuperaciones y ajustes deben realizarse, cuándo se deben desembolsar costos y gastos, y acordar o pactar montos de recuperación o ajuste. El Administrador de reclamaciones no pretenderá recuperar pagos en exceso ni ajustes por pagos insuficientes si el costo de la actividad supera el monto del pago en exceso o en defecto.

## **Errores administrativos**

Un error administrativo nunca perturbará ni afectará tu cobertura, si la cobertura es válida conforme a las reglas de este Plan. Esta regla se aplica a cualquier error administrativo, independientemente de si fue culpa del Plan o del Administrador de reclamaciones.

## **Evaluación de tecnologías y políticas médicas**

El Administrador de reclamaciones revisa y evalúa las nuevas tecnologías de acuerdo con los criterios de evaluación de tecnología desarrollados por los directores médicos. Los criterios de evaluación de tecnología se utilizan para determinar el estado experimental o de investigación o la necesidad médica de la tecnología nueva. El Comité de Evaluación de Tecnologías y Políticas Médicas (Medical Policy and Technology Assessment Committee, MPTAC) brinda el asesoramiento y la validación externa de las políticas médicas del Administrador de reclamaciones. Este comité está formado por aproximadamente 20 médicos de diferentes especialidades médicas, incluidos los directores médicos del Administrador de reclamaciones, médicos dedicados a la medicina académica y médicos dedicados a la práctica privada.

Las conclusiones a las que se arriba se incorporan en las políticas médicas que se utilizan para establecer los protocolos de decisiones para determinadas enfermedades o tratamientos, y se aplican a los criterios de Necesidad médica que se usan para determinar si se cubre determinado procedimiento, servicio, suministro o equipo.

## **Forma o contenido del folleto**

Los agentes o empleados del Administrador de reclamaciones no están autorizados a cambiar la forma o el contenido de este Folleto de beneficios. Estas modificaciones solo pueden hacerse mediante aprobación autorizada y firmada por un funcionario del Administrador del Plan.

## **Fraude**

Las declaraciones fraudulentas en formularios de afiliación del Plan o en los documentos que se envíen por medios electrónicos pueden invalidar los pagos o las reclamaciones por los servicios y ser causa para anular la cobertura del Afiliado.

## **Modificaciones**

El Patrocinador del Plan puede cambiar los beneficios que se describen en este Folleto de beneficios, en cuyo caso se le informarán los cambios al Afiliado, conforme lo exige la ley. Este Folleto de beneficios estará sujeto a enmiendas, modificaciones y terminación de acuerdo con las disposiciones del UC SHIP o por acuerdo mutuo entre el Administrador de reclamaciones y el UC SHIP, sin el consentimiento o la aceptación de los Afiliados. Cuando eligen beneficios médicos y hospitalarios, según el Plan o aceptan los beneficios del Plan, los Afiliados legítimamente capaces de celebrar contratos y los representantes legales de los Afiliados sin tal capacidad, aceptan todos los términos, condiciones y disposiciones establecidas en el presente.

## **No somos responsables de las acciones o las omisiones de los Proveedores**

El Administrador de reclamaciones no es responsable por los cuidados reales que recibas de cualquier persona. Este Folleto de beneficios no otorga a nadie ninguna reclamación, derecho o causa de acción en contra del Administrador del Plan sobre la base de las acciones de un Proveedor de cuidado de la salud, servicios o suministros.

## **Políticas y procedimientos**

El Administrador de reclamaciones, en representación del Administrador del Plan, puede adoptar políticas, procedimientos, normas e interpretaciones razonables para favorecer la administración ordenada y eficaz del Plan que los Afiliados deben cumplir.

De conformidad con los términos del Acuerdo de Servicios Administrados celebrado con el UC SHIP, el Administrador de reclamaciones tiene la autoridad, a su discreción, de llevar a cabo oportunamente iniciativas piloto de gestión de la utilización, administración del cuidado, control de enfermedades o bienestar en determinadas áreas geográficas designadas. Estas iniciativas piloto forman parte del esfuerzo continuo del Administrador de reclamaciones para encontrar formas innovadoras de poner a disposición cuidado de la salud de alta calidad y más asequible. Es posible que una iniciativa piloto afecte solo a algunos Afiliados del Plan, y no a todos. Estos programas no generarán el pago de beneficios que no se brinden en virtud del Plan del UC SHIP, salvo que el UC SHIP disponga lo contrario.

## Programas del gobierno

Los beneficios recibidos conforme a este Plan no duplicarán ningún beneficio que tú tengas derecho a recibir de otros programas gubernamentales, o para los que seas elegible. Esto no se aplica si alguna ley en particular exige al Plan ser el pagador primario. Si se produce la duplicación de dichos beneficios, tú deberás devolver todo el dinero que te sea pagado por estos programas en concepto de servicios que has recibido o estés recibiendo en tu nombre al Plan.

## Protegemos tu privacidad

### Notificación sobre prácticas de privacidad

La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996 es la ley federal que regula la privacidad de la información de salud que permite identificar a las personas. Esta ley nos exige que te informemos sobre la disponibilidad de nuestra notificación sobre prácticas de privacidad. La notificación describe nuestras prácticas de privacidad, obligaciones legales y sus derechos respecto a la información de salud protegida. Debemos cumplir con las prácticas de privacidad descritas en el aviso mientras este esté en vigor (continuará vigente, a menos y hasta que publiquemos y emitamos un nuevo aviso).

Podemos recopilar, utilizar y divulgar tu información de salud protegida por los motivos que se indican a continuación y por otros permitidos o exigidos por ley, incluida la Norma de privacidad de la HIPAA: Para pagos: Utilizamos y compartimos la información de salud protegida para administrar tu cuenta o tus beneficios, o para pagar las reclamaciones de atención médica que te corresponden a través de tu plan.

Para actividades de atención médica: Utilizamos y divulgamos la información de salud protegida para llevar a cabo nuestras actividades de atención médica.

Para actividades de tratamiento: No proporcionamos tratamiento. Esa es la función de los Proveedores de atención médica, como los médicos u hospitales. Ejemplos de cómo usamos tu información para actividades relacionadas con pagos, tratamientos y atención médica:

- Contamos con información sobre el pago de la prima y los Deducibles.
- Podemos brindar información a un consultorio médico para confirmar tus beneficios.
- Podemos compartir la Explicación de beneficios (EOB) con el Afiliado de tu Plan con fines relacionados con el pago.
- Podemos divulgar la información de salud protegida (PHI) a tu Proveedor de cuidado de la salud, para que tú puedas recibir el tratamiento.
- Podemos usar la información de salud protegida (PHI) para revisar la calidad de la atención y los servicios que tú recibes.
- Podemos usar la información de salud protegida (PHI) para proporcionarte servicios de administración de casos o coordinación de atención para afecciones como asma, diabetes o lesión traumática.
- También podemos usar y divulgar la información de salud protegida (PHI), de manera directa o indirecta, con o a través de mercados de información de salud, para actividades relacionadas con pagos, cuidado de la salud y tratamientos. Si no deseas que tu PHI se divulgue en mercados de información de salud por motivos relacionados con pagos, actividades de atención médica o tratamientos, visita [anthem.com/health-insurance/about-us/privacy](http://anthem.com/health-insurance/about-us/privacy) para obtener más información.

Nosotros (y también nuestros afiliados y Proveedores) podemos llamarte o enviarte un mensaje de texto a cualquiera de los números telefónicos que nos hayas proporcionado; usamos un sistema de marcado automático o un mensaje pregrabado. Entre otros motivos, estas llamadas pueden estar relacionadas con opciones de tratamiento, otros beneficios y servicios relacionados con la salud, con la inscripción, los pagos o la facturación.

Puedes obtener una copia de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad en nuestro sitio web <https://www.anthem.com/ca/health-insurance/about-us/privacy> o puedes comunicarte con Servicios para afiliados mediante la información de contacto que aparece en tu Tarjeta de identificación.

## **Relación entre las partes (UC SHIP-Afiliado-Administrador de reclamaciones)**

Ni el UC SHIP ni los Afiliados son agentes o representantes del Administrador de reclamaciones.

El UC SHIP es agente fiduciario del Afiliado. Todo aviso que el Administrador de reclamaciones envíe al UC SHIP se considerará enviado también al Afiliado. El campus debe notificar al Administrador de reclamaciones los datos de los requisitos a reunir de manera oportuna. El Administrador de reclamaciones no debe pagar los Servicios cubiertos de los Afiliados si el campus no notifica al Administrador de reclamaciones oportunamente las afiliaciones y terminaciones de los Afiliados.

### **Nota de Anthem Blue Cross Life And Health**

University of California Student Health Insurance Plan, en su nombre y en el de sus Afiliados, por el presente reconoce expresamente que el Acuerdo de Servicios Administrados (que incluye este Folleto de beneficios) constituye un contrato solo entre University of California Student Health Insurance Plan y Anthem Blue Cross Life and Health (Anthem), y que Anthem es una corporación independiente con autorización para utilizar las marcas y los nombres de Blue Cross y Blue Shield en el estado de California. Las marcas de Blue Cross y Blue Shield están registradas por Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de los Planes de Blue Cross y Blue Shield de licencia independiente, en la Oficina de Patentes y Marcas Registradas de los Estados Unidos en Washington, D.C., y en otros países. Además, Anthem no celebra contratos como agente de Blue Cross and Blue Shield Association, ni de ningún otro Plan o licenciataria de Blue Cross o Blue Shield. Este párrafo no creará obligaciones adicionales de parte de Anthem, distintas a las obligaciones establecidas por otras disposiciones del Acuerdo de Servicios Administrados o de este Cuadernillo de Beneficios.

## **Rigen todas las restricciones**

Ningún agente ni otra persona, salvo un funcionario autorizado de University of California Student Health Insurance Plan, puede ignorar ninguna condición o restricción incluida en este Folleto de beneficios, con el fin de extender la cantidad de tiempo para realizar un pago al Plan, u obligar al Plan haciendo cualquier promesa o declaración, o dando o recibiendo cualquier información.

## **Uso no autorizado de la Tarjeta de identificación**

Si le permites a otra persona usar tu Tarjeta de identificación o si la usa antes de que la cobertura entre en vigencia o después de que haya terminado, deberás pagar los gastos que resulten de ese uso no autorizado. El uso indebido y fraudulento también puede dar lugar a la finalización de la cobertura.

## **Valor de los Servicios cubiertos**

A los efectos de la subrogación, el reembolso de beneficios excedentes o el reembolso conforme a cualquier Ley de Compensación para Trabajadores o de Responsabilidad del Empleador, el valor de los Servicios cubiertos será la suma pagada por los Servicios cubiertos.

# Definiciones

Si una palabra o frase de este Folleto de beneficios tiene un significado especial, como Necesidad por motivos médicos o Experimental o en fase de Investigación, comenzará con letra mayúscula y se definirá a continuación. Si tienes preguntas sobre alguna de estas definiciones, comunícate con Servicios para afiliados, al número que se encuentra en el dorso de tu Tarjeta de identificación.

## Acuerdo de Servicios Administrados

El acuerdo celebrado entre el Administrador de reclamaciones y el Administrador del Plan sobre la administración de determinados elementos de los beneficios de cuidado de la salud del Plan médico grupal del Administrador del Plan.

## Administrador de reclamaciones

La compañía que el patrocinador del plan eligió para administrar tus beneficios de salud. Anthem Blue Cross Life and Health ("Anthem") fue elegido para administrar este Plan. El Administrador de reclamaciones proporciona solamente servicios administrativos de pago de reclamaciones y no asume ningún tipo de riesgo financiero ni ninguna obligación con respecto a las reclamaciones.

## Administrador del plan

La persona o entidad que el patrocinador del plan nombra para manejar el plan y responder preguntas sobre el plan. ***El Administrador del Plan no es el Administrador de reclamaciones.***

## Afiliado

Las personas, incluidos el estudiante y sus Dependientes, que hayan reunido los requisitos de elegibilidad, hayan solicitado la cobertura y se hayan afiliado al Plan. En este folleto, "tú" o "tu" se refieren a los Afiliados.

## Agencia de atención médica a domicilio

Un centro, autorizado en el estado en el que se encuentra, que:

1. Brinda servicios de enfermería especializada y otros servicios ambulatorios en tu hogar.
2. Supervisa la administración de dichos servicios conforme a un Plan prescripto y aprobado por escrito por el Médico tratante.

## Año de beneficios

Un periodo que determina la aplicación de tus beneficios, como la acumulación de beneficios para la satisfacción del Deducible anual, para las limitaciones o los montos máximos anuales de beneficios y para el monto máximo de responsabilidad por gastos de bolsillo. Las fechas de los Años de beneficios son diferentes en cada campus; consulta las fechas de tu Año de beneficios con Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes.

## Área de cobertura de BDCSC para cirugía bariátrica

El área dentro de un radio de 50 millas que rodea un Proveedor de BDCSC para cirugía bariátrica o UC Family.

## Área de servicios

El área geográfica donde puedes obtener Servicios cubiertos de Proveedores de la red.

## Atención de custodia

Todo tipo de atención, lo cual incluye comida y estadía, que (a) no requiere la capacidad de un trabajador profesional o técnico; (b) no la presta dicho trabajador ni se presta bajo su supervisión, o no cumple con las reglas para atención poshospitalaria en un Centro de enfermería especializada; (c) se presta cuando tú has alcanzado el nivel máximo de salud física o mental y no es probable que sigas mejorando.

El Cuidado de custodia incluye cualquier tipo de cuidado que se brinda para ayudarlo con las actividades cotidianas, que no requiere la habilidad de un trabajador médico o paramédico especializado. Entre los ejemplos de Cuidado de custodia se incluyen los siguientes:

1. Asistencia para caminar, acostarse o salir de la cama, bañarse, vestirse, comer o ir al baño.
2. Cambio de vendajes de heridas no infectadas, después de una cirugía o de afecciones crónicas.
3. Preparación de comidas o dietas especiales.
4. Alimentación mediante utensilios, sonda o gastrostomía.
5. Atención de rutina de la piel y las uñas.
6. Supervisión de los medicamentos que puede tomar por sus propios medios.
7. Cuidado del catéter, cuidado general de una colostomía o ileostomía.
8. Servicios de rutina que el Plan considere que tú o una persona sin capacitación médica pueden realizar de forma segura sin la ayuda de trabajadores médicos y paramédicos capacitados.
9. Atención a domicilio y cuidado de adultos.
10. Atención de protección y apoyo, como servicios educativos.
11. Atención de descanso o atención a convalecientes.

El cuidado puede ser de custodia, independientemente de que sea recomendada por un profesional o prestado en un Centro, como un Hospital o un Centro de enfermería especializada, o en el hogar.

## Atención de Emergencia

Consulta la sección “Lo que está cubierto”.

## Centro

Un centro hace referencia, entre otros, a un Hospital, Centro independiente para pacientes ambulatorios, Centro para el tratamiento de dependencia de químicos, Centro de tratamiento residencial, Centro de enfermería especializada, Agencia para el cuidado de la salud en el hogar o Centro para el cuidado de la salud mental, según se definen en este Folleto de beneficios. El centro debe estar habilitado, acreditado, registrado o aprobado por la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales, CARF), según corresponda, o cumplir con los requisitos establecidos por el Administrador de reclamaciones.

## **Centro de atención urgente**

Un Centro de atención médica autorizado independiente de un Hospital cuyo propósito principal es brindar atención médica inmediata y a corto plazo, sin cita previa, para atención médica de urgencia.

## **Centro de cirugía ambulatoria**

Un centro, con un cuerpo de Médicos, que:

1. Está habilitado en los lugares en los que sea necesario.
2. cuenta con instalaciones y equipos permanentes para realizar procedimientos quirúrgicos en forma ambulatoria;
3. Brinda tratamiento con Médicos o bajo la supervisión de estos y servicios de enfermería cuando el paciente está en el Centro.
4. No cuenta con alojamiento para Pacientes internados; y
5. No se utiliza, más que de vez en cuando, como consultorio o clínica para la práctica privada de Médicos u otro Proveedor profesional.

## **Centro de enfermería especializada**

Un Centro independiente o dentro de un Hospital, que presta cuidados después de que el Afiliado es dado de alta del Hospital por una condición que requiere más cuidados de los que pueden brindarse en el hogar. Debe estar autorizado por la agencia estatal competente y acreditado por la Comisión Conjunta o la Oficina de Hospitales de la Asociación Osteopática Estadounidense, o de otro modo aprobado por el Administrador de reclamaciones. Un Centro de enfermería especializada brinda los siguientes servicios:

1. Cuidados y tratamiento a Pacientes hospitalizados para personas que se recuperan de una enfermedad o lesión.
2. Cuidado supervisado por un Médico.
3. Atención de enfermería las 24 horas a cargo de un enfermero registrado a tiempo completo.

Un Centro de enfermería especializada no es un lugar principalmente dedicado al cuidado de personas mayores, al Cuidado de custodia, al cuidado de la salud en el hogar o al tratamiento de alcoholismo o drogadicción; o un lugar que brinda servicios de descanso, educativos o similares.

## **Centro de tratamiento residencial**

Un Proveedor autorizado y administrado como lo indica la ley, que cuenta con lo siguiente:

1. Servicio de comida y estadía y atención de enfermería especializada (de enfermeros registrados, enfermeros vocacionales autorizados o enfermeros practicantes autorizados), disponibles en el centro por lo menos ocho horas por día, con disponibilidad las 24 horas.
2. Personal que incluye uno o más Médicos que están disponibles en todo momento.
3. Tratamiento residencial, que se lleva a cabo en un entorno estructurado del centro.
4. Recursos y programas que permitan diagnosticar, brindar atención y tratar trastornos psiquiátricos o de abuso de sustancias de forma adecuada.
5. Instalaciones designadas para prestar atención residencial, subaguda o intermedia, y en sistemas de atención que proporcionan diferentes niveles de atención.
6. Está completamente acreditado por la Comisión Conjunta (TJC), la Comisión para la Acreditación de Centros de Rehabilitación (CARF), la Acreditación Nacional Integrada para Organizaciones de Salud (NIAHO) o el Consejo de Acreditación (COA).

El término "centro de tratamiento residencial" no incluye un Proveedor, o la parte de un Proveedor, que se utiliza principalmente para lo siguiente:

1. cuidados de enfermería;
2. cuidado de descanso;
3. atención a convalecientes;
4. atención de personas mayores;
5. cuidado de custodia; o
6. atención educativa.

### **Centro para enfermos terminales**

Un Proveedor que brinda atención a pacientes con enfermedades terminales y a sus familias, ya sea directamente o en consulta con el Médico del paciente. Debe estar autorizado por la agencia que corresponda.

### **Centros Blue Distinction para Atención Especializada (BDCSC)**

Proveedores de cuidado de la salud designados por el Administrador de reclamaciones como centro seleccionado para servicios médicos especificados. Un Proveedor que participa en una red de BDCSC tiene un contrato vigente con el Administrador de reclamaciones en el momento en que se prestan los servicios o está disponible a través de nuestras compañías afiliadas o de nuestra relación con Blue Cross and Blue Shield Association. Los BDCSC acuerdan aceptar el Monto máximo aprobado como pago total por los Servicios cubiertos.

Los beneficios por los servicios prestados en un BDCSC designado serán idénticos a los correspondientes a los Proveedores de la red. Un Proveedor de la red del Plan Prudent Buyer no es necesariamente un centro BDCSC.

### **Centros de Excelencia Médica (CME)**

Proveedores de cuidado de la salud designados por el Administrador de reclamaciones como centro seleccionado para servicios médicos especificados. Un Proveedor que participa en una red de CME tiene un contrato vigente con el Administrador de reclamaciones en el momento en que se prestan los servicios o está disponible a través de nuestras compañías afiliadas o de su relación con Blue Cross and Blue Shield Association. Los CME acuerdan aceptar el monto máximo permitido como pago total por los servicios cubiertos.

Los beneficios por los servicios prestados en un CME designado serán idénticos a los correspondientes a los Proveedores de la red. Un Proveedor de la red del Plan Prudent Buyer no es necesariamente un centro CME.

### **Certificación previa**

Consulta la sección “Solicitud de aprobación de beneficios” para obtener información.

### **Clínica médica en establecimiento minorista**

Un Centro que brinda servicios de cuidado de la salud básicos y limitados a los Afiliados, sin cita previa. En general, estas clínicas funcionan en las principales farmacias o tiendas minoristas. Los servicios médicos son habitualmente brindados por asistentes de Médicos y enfermeros practicantes.

### **Cónyuge**

Un Afiliado en la familia del estudiante que cumpla con los requisitos que se detallan en la sección “Elegibilidad y afiliación: incorporación de Afiliados” y que se haya afiliado al Plan. Los Dependientes elegibles también se denominan Afiliados.

## **Copago**

Un monto fijo que pagas por un Servicio cubierto. Normalmente, debes pagar el Copago cuando obtienes atención médica. El monto puede variar según el tipo de Servicio cubierto que reciba. Por ejemplo, es posible que tengas que pagar un Copago de \$15 por una visita al consultorio, pero un Copago de \$150 por Servicios de la sala de emergencias. Consulta la “Lista de beneficios” para obtener información. Tu Copago será la suma indicada en la Lista de beneficios o la suma cobrada por el Proveedor, la que sea menor.

## **Coseguro**

Tu parte del costo de un Servicio cubierto, que es un porcentaje del Monto máximo aprobado. En general, paga el Coseguro una vez que ha alcanzado el Deducible. Por ejemplo, si tu Plan incluye un Coseguro del 20 % para visitas al consultorio, y el Monto máximo aprobado es de \$100, el Coseguro será de \$20 después de que hayas alcanzado el Deducible. El Plan luego cubrirá el resto del Monto máximo aprobado. Consulta la “Lista de beneficios” para obtener información. Tu Coseguro no se reducirá por ningún reembolso, devolución ni ninguna otra forma de ajustes negociados posteriores al pago.

## **Deducible**

El monto que tú debes pagar por los Servicios cubiertos antes de que comiencen los beneficios conforme a este Plan. Por ejemplo, si tu deducible es de \$200, tu Plan no cubrirá ningún servicio hasta que hayas alcanzado el deducible de \$200. Es posible que el Deducible no se aplique a todos los Servicios cubiertos. Consulta la “Lista de beneficios” para obtener información.

## **Dependiente**

Un Afiliado en la familia del estudiante que cumpla con los requisitos que se detallan en la sección “Elegibilidad y afiliación: incorporación de Afiliados” y que se haya afiliado al Plan. Los Dependientes elegibles también se denominan Afiliados.

## **Emergencia (afección médica de emergencia)**

Consulta la sección “Lo que está cubierto”.

## **Enfermedad mental y abuso de sustancias**

Una afección que se incluye en la edición actual del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) como una afección de salud mental o abuso de sustancias.

## **Especialista (médico/Proveedor de atención médica especializada/SCP)**

Un Especialista es un Médico que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones. Un Especialista no médico es un Proveedor que tiene capacitación adicional en un área específica de la atención de la salud.

## **Estudiante asegurado**

Una persona registrada que, por cumplir con los requisitos de elegibilidad del Plan para los estudiantes elegibles, está afiliada a este Plan. El estudiante puede elegir cobertura para sus dependientes elegibles. Dichos requisitos se describen en la sección “Elegibilidad y afiliación: incorporación de Afiliados”. El estudiante también se denomina Afiliado.

## **Experimental o en investigación (Experimental/en investigación)**

Procedimientos experimentales son aquellos que básicamente están limitados a investigaciones en laboratorio y/o con animales. Procedimiento o medicación en fase 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.

## **Fecha de entrada en vigor**

La fecha en que comienza la cobertura con este Plan.

## **Fecha de inscripción**

El primer día de cobertura en el Plan o, si el Plan impone un periodo de espera, el primer día de tu periodo de espera.

## **Folleto de beneficios**

Este documento. El Folleto de beneficios te brinda una descripción de tus beneficios mientras tú estés afiliado al Plan.

## **Formulario**

Una lista especificada de materiales cubiertos.

## **Hospital**

Un Proveedor autorizado y administrado como lo indica la ley, que cuenta con:

1. habitación, estadía y cuidado de enfermería;
2. personal que incluye uno o más Médicos que están disponibles en todo momento;
3. servicios de enfermería las 24 horas;
4. todas las instalaciones dentro del hospital se necesitan para diagnosticar, atender y tratar una enfermedad o una lesión; y
5. está completamente acreditado por la Comisión Conjunta.

El término Hospital no incluye un Proveedor, o la parte de un Proveedor, que se utiliza principalmente para lo siguiente:

1. Cuidado de enfermería
2. Atención de descanso
3. Atención para personas convalecientes
4. Atención de personas mayores
5. Cuidado de custodia
6. Atención educativa
7. Atención subaguda
8. Tratamiento de abuso de alcohol
9. Tratamiento de abuso de drogas

## **Hospital contratado**

Un hospital que tiene un contrato vigente estándar de hospital con el Administrador de reclamaciones para brindar cuidados a los Afiliados. Un Hospital contratante no es necesariamente un Proveedor de la red. Si lo solicitas, te enviaremos una lista de hospitales con contrato.

## **Hospitales no contratados**

Un hospital que no tiene un contrato vigente estándar de hospital con el Administrador de reclamaciones en el momento en el que se prestan los servicios.

## **Infertilidad**

Consta de lo siguiente: (1) la presencia de alguna afección que el médico identifica como causa de infertilidad, o (2) la incapacidad para concebir un embarazo o para completar el embarazo hasta el nacimiento, luego de un año o más de tener relaciones sexuales regulares sin utilizar métodos anticonceptivos.

## **Inscripción especial**

Un periodo en el que las personas que reúnen los requisitos o sus dependientes pueden inscribirse luego de la inscripción inicial, generalmente, debido a un evento, como matrimonio, nacimiento, adopción, etc. Consulta la sección “Elegibilidad e inscripción: incorporación de Afiliados” para obtener más detalles.

## **Inscritos tardíos**

Los Empleados o Dependientes que se afilian al Plan después del periodo de afiliación inicial. No se considerará a una persona Inscrita tardía si se inscribe durante el periodo de Inscripción especial. Consulta la sección “Elegibilidad e inscripción: incorporación de Afiliados” para obtener más detalles.

## **Lesión accidental**

Una lesión imprevista por la cual necesita Servicios cubiertos mientras esté inscrito en este Plan. No incluye lesiones para las que se brindan beneficios según una ley de compensación para trabajadores, de responsabilidad del empleador o similar.

## **Límite de gastos de bolsillo**

El monto máximo que debes pagar en Copagos, Deducibles y Coseguro por Servicios cubiertos en un Año de beneficios. El Límite de gastos de bolsillo no incluye la Prima, los montos que superen el Monto máximo aprobado o los gastos en los que se haya incurrido por cuidados de la salud que tu Plan no cubra. Consulta la “Lista de beneficios” para obtener información.

## **Médico**

Se incluyen los siguientes cuando cuentan con autorización por ley:

- Médico (M.D.) legalmente autorizado para practicar la medicina y realizar cirugías.
- Osteópata (D.O.) legalmente autorizado para llevar a cabo las funciones de un D.O.
- Médico quiropráctico (D.C.) legalmente autorizado para llevar a cabo las funciones de un quiropráctico.
- Médico podólogo (D.D.M.) legalmente autorizado para practicar la podología.
- Odontólogo (D.D.M.), cirujano dental (D.D.S.), legalmente autorizado para prestar servicios dentales.

Los optometristas, psicólogos clínicos (PhD) y quiropedistas quirúrgicos, también son Proveedores cuando están legalmente autorizados y brindan Servicios cubiertos dentro del alcance de su autorización.

## **Médico de cuidados primarios (“PCP”)**

Un Médico que brinda o dirige servicios de atención médica para ti. El Médico puede trabajar en medicina general o de familia, medicina interna, pediatría, obstetricia/ginecología, geriatría o cualquier otra práctica que el Plan permita.

## **Monto máximo aprobado**

El pago máximo que el Administrador de reclamaciones permitirá para los Servicios cubiertos. Si desea obtener más información, consulta la sección “Pago de reclamaciones”.

## **Monto máximo del año de beneficios**

El monto máximo que pagará el Plan por Servicios cubiertos específicos durante un Año de beneficios.

## **Necesidad médica (necesario por motivos médicos)**

El Administrador de reclamaciones se reserva el derecho de determinar si un servicio o suministro es Necesario por motivos médicos. Que un Médico recete, indique, recomiende o apruebe un servicio o suministro no significa que sea por sí solo sea Necesario por motivos médicos. Según el Administrador de reclamaciones, un servicio es Necesario por motivos médicos si:

- Es adecuado y coherente con el diagnóstico, y si no se brindara podría afectar adversamente la afección del paciente o no mejorarla.
- Es compatible con los estándares de prácticas médicas aceptables en los Estados Unidos.
- No se brinda únicamente para tu comodidad ni para la del Médico, del Proveedor de cuidado de la salud o del Hospital.
- No es principalmente Cuidado de custodia.
- Se brinda en un entorno adecuado y seguro, según la naturaleza del diagnóstico y la gravedad de los síntomas. Por ejemplo, se requiere la Hospitalización cuando el tratamiento no puede proporcionarse de manera segura como paciente ambulatorio.
- Es rentable cuando se lo compara con intervenciones alternativas, incluso la falta de intervención. Rentable no siempre significa el costo más bajo. Significa que, en relación con el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o afección del paciente, el servicio: (1) no es más costoso que un servicio o secuencia de servicios alternativos que son médicamente adecuados, o (2) el servicio se realiza en el ámbito menos costoso médicamente adecuado.

## **Paciente internado**

Un Afiliado que recibe tratamiento como paciente internado en un Hospital y al que se le cobran cargos de comida y estadía.

## **Pareja doméstica**

Un Afiliado en la familia del estudiante que cumpla con los requisitos que se detallan en la sección “Elegibilidad y afiliación: incorporación de Afiliados” y que se haya afiliado al Plan. Los Dependientes elegibles también se denominan Afiliados.

## **Patrocinador del plan**

La entidad legal que ha adoptado el plan y tiene autoridad sobre su manejo, modificaciones y terminación. ***El Patrocinador del Plan no es el Administrador de reclamaciones.***

## **Periodo de beneficios de trasplante**

Consulta la sección “Servicios cubiertos” para obtener más detalles.

## **Periodo de cobertura**

El periodo en el que un estudiante o sus Dependientes cubiertos son elegibles para recibir la cobertura y los beneficios de este Plan.

## **Plan**

El acuerdo elegido por el Patrocinador del Plan para financiar y disponer la prestación de los beneficios de salud del UC SHIP.

## **Plan de salud o Plan**

Un Plan de beneficios de bienestar para Empleados, según se define en la Sección 3(1) de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), establecido por el Administrador del Plan, en vigencia a partir de la Fecha de entrada en vigor.

## **Procedimiento de trasplante cubierto**

Consulta la sección “Lo que está cubierto” para obtener más detalles.

## **Producto biológico intercambiable**

Un tipo de producto biológico autorizado (aprobado) por la FDA debido a que es muy similar a un producto biológico ya aprobado por la FDA, conocido como el "producto de referencia biológica" (producto de referencia) y que no presenta diferencias significativas a nivel clínico con el producto de referencia. Además de cumplir con la norma de biosimilitud, se espera que produzca el mismo resultado clínico que el producto de referencia en cualquier paciente.

## **Productos biosimilares**

Un tipo de producto biológico autorizado (aprobado) por la FDA debido a que es muy similar a un producto biológico ya aprobado por la FDA, conocido como el "producto de referencia biológica" (producto de referencia) y que no presenta diferencias significativas a nivel clínico con el producto de referencia.

## **Programa de hospitalización parcial**

Tratamiento estructurado de salud del comportamiento a corto plazo que ofrece atención de enfermería y tratamiento activo en un programa que funciona, como mínimo, 6 horas al día, 5 días a la semana.

## **Programa intensivo para pacientes ambulatorios**

Tratamiento de salud del comportamiento a corto plazo que se proporciona junto con terapia individual, grupal y familiar.

## **Proveedor**

Un profesional debidamente habilitado o Centro que brinda servicios de cuidado de la salud dentro del alcance de una habilitación vigente o con la aprobación del Administrador de reclamaciones. Incluye a cualquier Proveedor que brinda servicios de cuidado de la salud que la ley estatal correspondiente exige que deban tener cobertura cuando son prestados por dicho Proveedor. Los Proveedores que brindan Servicios cubiertos son descritos en este Folleto de beneficios. Si tienes alguna pregunta sobre un Proveedor que no figura en este Folleto de beneficios, llama al número que figura en el dorso de tu Tarjeta de identificación.

## **Proveedor de cuidados primarios**

Un Médico, enfermero practicante, especialista en enfermería clínica, asistente médico o cualquier otro Proveedor autorizado por ley y con permiso en virtud del Plan que brinda o dirige una variedad de servicios de atención médica, o te ayuda a obtenerlos.

## **Proveedor de trasplantes de la red**

Consulta la sección “Lo que está cubierto” para obtener más detalles.

## **Proveedor de trasplantes fuera de la red**

Consulta la sección “Lo que está cubierto” para obtener más detalles.

## **Proveedor de UC Family**

Una red de centros médicos de UC, que incluye hospitales y demás centros, así como Proveedores profesionales que son Proveedores de la red. UC Family también incluye centros de salud para estudiantes en el campus, aunque las clínicas para estudiantes no son Proveedores de la red.

## **Proveedor dentro de la red**

Es un Proveedor que tiene un contrato, directo o indirecto, con el Administrador de reclamaciones u otra organización para brindar Servicios cubiertos a los Afiliados mediante acuerdos de pago negociados.

## **Proveedor fuera de la red**

Un Proveedor que no tiene un acuerdo o contrato con el Administrador de reclamaciones o los subcontratistas del Administrador de reclamaciones para prestar servicios a los Afiliados en virtud de este Plan.

Con frecuencia, recibirá un nivel menor de beneficios cuando reciba servicios de Proveedores fuera de la red.

## **Recuperación**

Consulta la sección “Subrogación y reembolso” para obtener más detalles.

## **Remisión**

Consulta la sección “Cómo funciona tu Plan” para obtener más información.

## **Revisión de utilización**

Evaluación de la necesidad, calidad, efectividad o eficiencia de servicios, procedimientos y/o centros médicos o de salud del comportamiento.

## **Saldo de facturación**

Un Proveedor te factura la diferencia entre el monto que cobra y el monto que pagará el Plan.

## **Servicios autorizados**

Un Servicio cubierto que obtienes de un Proveedor fuera de la red el cual el Administrador de reclamaciones ha acordado cubrir al nivel de la red. Tendrás que pagar cualquier Deducible, Coseguro o Copago dentro de la red que corresponda, y también podrías tener que pagar la diferencia entre el Monto máximo aprobado y el cargo del Proveedor fuera de la red. Consulta la sección “Pago de reclamaciones” para obtener más información.

## **Servicios cubiertos**

Servicios de cuidado de la salud, suministros o tratamiento, según lo descrito en este Folleto de beneficios, que brinde, recete, indique o autorice un Proveedor. Para ser un Servicio cubierto, el servicio, suministro o tratamiento debe tener las siguientes características:

- Ser Necesario por motivos médicos o estar incluido específicamente como beneficio en este Folleto de beneficios.
- Debe estar dentro del alcance de la autorización del Proveedor;
- Debe realizarse mientras tú tienes cobertura con este Plan;

- No debe ser Experimental o estar en fase de investigación ni estar excluido ni limitado por este Folleto de beneficios, ni por ninguna enmienda o modificación de este Folleto de beneficios.
- Debe ser aprobado por el Administrador de reclamaciones antes de que tú recibas el servicio si es necesaria una Certificación previa.

El costo de los Servicios cubiertos solo se aplica el día en que se te brindó el servicio, suministro o tratamiento.

La fecha de aplicación del Deducible y los demás costos compartidos para una Hospitalización es la fecha en la que ingresas al Centro, salvo disposición en contrario en la sección "Finalización y continuación de la cobertura".

Los Servicios cubiertos no incluyen los servicios o suministros que no estén descritos en los registros del Proveedor.

### **Servicios excluidos (exclusión)**

Servicios de atención médica que tu Plan no cubre.

### **Tarjeta de identificación**

La última tarjeta (electrónica o impresa) que te proporcionaron, en la que figuran los números de identificación y de grupo, el tipo de cobertura que tienes y la fecha en que esta entró en vigencia.

### **Terapia de infusión**

La administración de Medicamentos (sustancias recetadas) por vía intravenosa (en una vena), intramuscular (en un músculo), subcutánea (por debajo de la piel) e intratecal (en el canal vertebral). A los fines de este Folleto de beneficios, también se incluirán los Medicamentos administrados en aerosol (en los pulmones) y por medio de una sonda de alimentación.

### **University of California Student Health Insurance Plan (UC SHIP)**

La persona o entidad que permitió que sus estudiantes participaran en el Plan por ser el Patrocinador del Plan.

## Servicios de beneficios adicionales

### Línea de enfermería 24/7 NurseLine

Tu Plan de Anthem también cuenta con una Línea de enfermería de 24 horas al día (24/7 NurseLine), un servicio de evaluación de enfermería de 24 horas para ayudarte a tomar decisiones con respecto a tu cuidado médico en cualquier momento del día, los 365 días del año. Este servicio confidencial está disponible para los estudiantes y para los Dependientes cubiertos, llamando a la Línea de enfermería de 24 horas al día (24/7 NurseLine), al **1-877-351-3457**.

El enfermero te hará algunas preguntas para ayudar a determinar tus necesidades de cuidado de la salud. De acuerdo con la información que proporciones, te podrá dar los siguientes consejos:

- Prueba el cuidado personal en el hogar. Es posible que recibas una llamada de seguimiento para ver si sirve el cuidado personal en el hogar.
- Programa una cita de rutina con tu Médico dentro de las próximas dos semanas o lo antes posible (en las 64 horas). Los estudiantes deben programar una cita con Servicios de Orientación y Salud para Estudiantes.
- Llama a tu Médico para tener una conversación y evaluación más detallada.
- Acude a la sala de emergencia más cercana.
- Llama al 911 de inmediato.

Además de facilitarte un enfermero para que te ayude a tomar decisiones sobre tu cuidado de la salud, la Línea de enfermería de 24 horas al día (24/7 NurseLine) te brinda acceso gratuito ilimitado a AudioHealth Library, que contiene grabaciones con información sobre cientos de temas del cuidado de la salud en inglés y español. Para acceder a AudioHealth Library, llama a la línea gratuita **1-877-351-3457** y siga las instrucciones que te darán.

### Programa para futuras madres

Future Moms es un programa gratuito disponible para mujeres embarazadas hasta las 34 semanas de gestación. Si deseas afiliarte al programa Future Moms, comunícate con Anthem Blue Cross al **1-866-664-5404**. La información que proporciones le permitirá a los enfermeros especializados de Anthem Blue Cross revisar y evaluar tu potencial para tener un embarazo de alto riesgo.

### Cómo obtener asistencia de idiomas

El Administrador de reclamaciones cuenta con un servicio de interpretación para que utilicen todos nuestros centros de llamadas de Servicios para afiliados. Solo tiene que llamar al número de teléfono de Servicios para Afiliados que aparece en el dorso de tu Tarjeta de identificación, y un representante podrá ayudarte. También puedes solicitar la traducción de los materiales escritos sobre tus beneficios comunicándose con Servicios para Afiliados. Tenemos a tu disposición el servicio de líneas TTY/TDD marcando el 711. Un operador especial se pondrá en contacto con nosotros a fin de ayudarlo con sus necesidades.

### Servicios de protección de la identidad

Junto con los planes de salud de Anthem, ofrecemos servicios de protección de identidad. Para obtener más información sobre estos servicios, visite [www.anthem.com/resources](http://www.anthem.com/resources).

## **Avisos federales**

### **Acceso a atención obstétrica y ginecológica**

No necesitas una Certificación previa del Administrador de reclamaciones ni de ninguna otra persona (incluido un PCP) para poder obtener acceso a cuidado de obstetricia o ginecológica brindado por un profesional de la salud perteneciente a nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener una Certificación previa para algunos servicios o seguir un Plan de tratamiento aprobado con anterioridad. Para obtener una lista de profesionales de cuidado de la salud participantes que se especialicen en obstetricia o ginecología, comunícate con el número de teléfono que aparece en el dorso de tu Tarjeta de identificación, 1-866-940-8306, o visita nuestro sitio web [www.anthem.com](http://www.anthem.com).

### **Declaración de derechos conforme a la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos**

Conforme a la ley federal, los planes de salud de grupo y las entidades emisoras de seguros de salud generalmente no pueden restringir los beneficios de duración de la internación en el Hospital relacionada con el parto a la madre o al recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto vaginal o a menos de 96 horas luego de un parto por cesárea. No obstante, en general, la ley federal no prohíbe que el Proveedor tratante de la madre o el recién nacido, después de haber consultado a la madre, dé de alta al paciente antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). De todos modos, los Planes y las entidades emisoras no pueden, conforme a la ley federal, exigirle a un Proveedor que obtenga autorización del Plan o de la entidad emisora de seguros para prescribir una duración de la internación que no supere las 48 horas (o 96 horas).

### **Ley de Paridad de Salud Mental y Adicciones**

La Ley de Paridad de Salud Mental y Adicciones dispone que la aplicación de las limitaciones grupales de tratamiento (límites de días o visitas) para los beneficios de salud mental y abuso de sustancias deban ser iguales a los que se imponen a los beneficios médicos/quirúrgicos. En general, los planes de salud de grupo que ofrecen beneficios de salud mental y abuso de sustancias no pueden establecer límites de días/visitas para los beneficios de salud mental o abuso de sustancias que sean menores que los límites de días o visitas que se imponen a los beneficios médicos y quirúrgicos. Un plan que no impone límites de días o consultas a los beneficios médicos y quirúrgicos no podrá imponerlos a los beneficios de salud mental y abuso de sustancias que ofrezca. Además, el Plan no puede imponer Deducibles, Copagos, Coseguros ni gastos de bolsillo a los beneficios de salud mental y abuso de sustancias que sean más restrictivos que los Deducibles, Copagos, Coseguros y gastos de bolsillo que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos. Los criterios de Necesidad médica están disponibles a solicitud.

### **Cobertura para niños exigida por una orden válida de asistencia médica para un menor (“QMCSO”)**

Si, debido a una Orden de Manutención Infantil Médica Calificada (QMCSO), tú o tu cónyuge deben brindarle cobertura a tu(s) hijo(s), puedes comunicarte con Wells Fargo Insurance Services al 1-800-853-5899 para afiliar a tu hijo como dependiente.

## **Declaración de derechos conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998**

Si se ha realizado una mastectomía, o debe realizársela, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998. En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía, se brindará cobertura de la forma establecida con la aprobación del médico tratante y el paciente, para los siguientes casos:

- todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción de la mama no afectada para otorgar una apariencia simétrica;
- prótesis; y
- tratamiento de complicaciones físicas en la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se brindarán con sujeción a los mismos Deducibles y Coseguros que correspondan a otros beneficios médicos y quirúrgicos ofrecidos en virtud de este Plan. (Consulta la "Lista de beneficios" para obtener información). Si desea obtener más información sobre los beneficios de la Ley de Salud Femenina y Derechos de Cáncer (WHCRA), llama al número que aparece en el dorso de tu Tarjeta de identificación.

### **Aviso de afiliación especial**

Si rechazas la afiliación para ti o para tus Dependientes (incluido tu cónyuge) debido a que poseen otra cobertura de seguro médico, es posible que, en el futuro, puedas afiliarte o afiliar a tus Dependientes a este Plan si tú o tus Dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a tu otra cobertura o a la de tus Dependientes). Sin embargo, debes solicitar la afiliación dentro de los 31 días después de la fecha de finalización de tu otra cobertura de plan de salud o la de tus dependientes (o después de que el empleador deja de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo Dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en guarda con fines de adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus Dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Los estudiantes y los Dependientes que reúnan los requisitos también pueden afiliarse en estas dos circunstancias adicionales:

- La cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) del estudiante o del Dependiente termina porque ya no reúnen los requisitos.
- El estudiante o el Dependiente reúnen los requisitos para un subsidio (programa estatal de asistencia para pagar primas).

El estudiante o el Dependiente deben solicitar la Afiliación especial dentro de los 60 días a partir de la pérdida de Medicaid o CHIP, o de la determinación de elegibilidad.

Para solicitar la Afiliación especial u obtener más información, llama al número de teléfono de Servicios para afiliados que aparece en tu Tarjeta de identificación o comunícate con Servicios de Salud para Estudiantes.

## **NOTIFICACIÓN DE RECLAMO**

**Todas las quejas 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 (llama al número indicado en tu Tarjeta de identificación) o por escrito (escriba a Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, 21555 Oxnard Street, Woodland Hills, CA 91367 a la atención del Departamento de Servicios para afiliados indicado en tu Tarjeta de identificación). Si lo desea, el Administrador de Reclamaciones le entregará un Formulario de reclamaciones que podrá 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 plan resolver la queja.**

*Reclamaciones administradas por:*

*ANTHEM BLUE CROSS*

*en representación de*

ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY

# Obtén ayuda en tu idioma

¿Sientes curiosidad por saber qué dice todo esto? Nosotros también lo estaríamos. 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 Identification Card for help. (TTY/TDD: 711)

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternate formats for members with visual impairments. If you need a copy of this document in an alternate format, please call the Member Services telephone number on the back of your Identification Card.

## Español

Tienes el derecho de obtener esta información y ayuda en tu idioma en forma gratuita. Llama al número de Servicios para Afiliados que figura en tu tarjeta de identificación para obtener ayuda. (TTY/TDD: 711)

## Árabe

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

## Armenio

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)

## Chino

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 (TTY/TDD: 711) تان درج شده است، تماس بگیرید. که بر روی کارت شناسایی

Hindi

□□□□ □□□ □□ □□□□□□□□ □□ □□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ ID □□□□□□ □□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□ □□ □□□ □□□□□□□□(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)

Japonés

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

Khmer

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

Coreano

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

Punjabí

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)

Ruso

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)

Tagalo

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)

Tailandés

ท่านมีสิทธิขอรับบริการสอบถามข้อมูลและความช่วยเหลือในภาษาของท่านฟรี โทรไปที่หมายเลขฝ่ายบริการสมาชิกบนบัตรประจำตัวของท่านเพื่อขอความช่วยเหลือ (TTY/TDD: 711)

Vietnamita

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 tratemos de manera justa**

Es por eso que nuestros programas y actividades sobre salud cumplen con las leyes federales sobre derechos civiles. No discriminamos, excluimos ni damos un trato diferente a las personas por tu raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad. Ofrecemos ayudas 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 Afiliados que aparece en tu Tarjeta de identificación para recibir ayuda (TTY/TDD: 711). Si crees que no te brindamos estos servicios o que te discriminamos por tu raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puedes enviar una queja formal. Puedes enviar una queja a nuestro coordinador de quejas por escrito al Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Richmond, VA 23279 o envíanos un correo electrónico a [compliance.coordinator@anthem.com](mailto:compliance.coordinator@anthem.com). También tienes la opción de enviar 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, de realizarla por teléfono, llamando al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o en Internet, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.