

2013-2014

PLAN DE SEGURO POR LESIÓN Y ENFERMEDAD PARA ESTUDIANTES

Diseñado Especialmente para los Estudiantes de



ASSOCIATED STUDENTS, INCORPORATED
CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, LONG BEACH

Importante: Consulte el Aviso de la primera página de este documento del plan con respecto a la cobertura del seguro de salud para estudiantes.

UnitedHealthcare®
A UnitedHealth Group Company

Aviso con Respecto a la Cobertura de Su Seguro de Salud para Estudiantes

Es posible que su cobertura de seguro de salud para estudiantes, ofrecida por UnitedHealthcare Insurance Company, no alcance los estándares mínimos que exige la ley de reforma del cuidado de la salud en cuanto a las restricciones a los límites de dinero anuales. Los límites de dinero anuales garantizan que los consumidores tengan acceso suficiente a los beneficios médicos durante el plazo anual de la póliza. Las restricciones a los límites de dinero anuales para la cobertura de seguro de salud de grupo e individual son de \$1.25 millones para los años de póliza anteriores a septiembre 23, 2012; y de \$2 millones para los años de póliza a partir de septiembre 23, 2012 pero anteriores a enero 1, 2014. Las restricciones a los límites de dinero anuales para la cobertura de seguro de salud para estudiantes son de \$100,000 para los años de póliza anteriores a septiembre 23, 2012; y de \$500,000 para los años de póliza a partir de septiembre 23, 2012 pero anteriores a enero 1, 2014. Su cobertura de seguro de salud para estudiantes pone un límite para el año de póliza de \$500,000 que se aplica a los beneficios esenciales estipulados en el Plan de Beneficios, a menos que se especifique lo contrario. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre este aviso, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-800-767-0700. Tenga en cuenta que, si usted es menor de 26 años, es posible que sea elegible para la cobertura de un plan de salud de grupo que ofrezca la empresa donde trabaja uno de sus padres o de la póliza de seguro de salud individual de uno de sus padres. Para obtener más información, comuníquese con el administrador del plan de la empresa donde trabaja su padre o madre o con el emisor del seguro de salud individual de su padre o madre.

Índice

Política de Privacidad.....	1
Elegibilidad.....	1
Fechas de Vigencia y Cancelación	1
Tarifas de las Primas	2
Extensión de Beneficios Después de la Cancelación	2
Notificación Previa a la Admisión	2
Plan de Beneficios de Gastos Médicos.....	3
Información de Proveedores Preferidos.....	8
Beneficios Farmacéuticos de UnitedHealthcare	8
Exámenes de Maternidad	10
Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental	11
Disposición de Coordinación de Beneficios	11
Beneficios Obligatorios	11
Beneficios por Servicios de Telesalud.....	11
Beneficios por Cirugía del Maxilar Superior o Inferior	12
Beneficios por Mamografías	12
Beneficios por Cirugía Reconstructiva	12
Beneficios por Dispositivos Protésicos para Hablar	
Después de una Laringectomía	12
Beneficios por Osteoporosis.....	12
Beneficios por Enfermedades Mentales Graves y	
Trastornos Emocionales Graves.....	12
Beneficios por Tratamiento de la Salud Conductual para Trastornos	
Generalizados del Desarrollo o Autismo	13
Beneficios por Diabetes	15
Beneficios por Fenilcetonuria	16
Beneficios por Estudios Clínicos de Cáncer.....	16
Beneficios por la Detección y el Tratamiento del Cáncer de Seno	16
Beneficios por Vacuna para el SIDA	17
Beneficios por Pruebas del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	17
Beneficios por Pruebas de Detección de Cáncer de Próstata	17
Beneficios por Pruebas de Detección de Cáncer.....	17
Beneficios por Pruebas de Detección de Cáncer Cervical.....	17
Beneficios por Métodos y Medicamentos Anticonceptivos para Pacientes	
Ambulatorios	17
Definiciones.....	18
Exclusiones y Limitaciones	20
FrontierMEDEX: Servicios de Emergencia Global	23
Aviso de Derechos de Apelación	24
Acceso en Línea a Información de la Cuenta	26
UnitedHealth Allies	26
Tarjetas de Identificación	26
Collegiate Assistance Program (Programa de Ayuda Universitaria).....	26
Procedimiento de Reclamo	27

Política de Privacidad

Sabemos que su privacidad es importante para usted y hacemos todos los esfuerzos posibles para proteger la confidencialidad de su información personal no pública. No divulgamos información personal que no sea pública, sobre nuestros clientes o ex clientes a ninguna persona, excepto según lo exigido o permitido por la ley. Creemos que mantenemos las garantías físicas, electrónicas y de procedimientos adecuadas para garantizar la seguridad de su información personal no pública. Puede obtener una copia de nuestras prácticas de privacidad llamándonos al número gratuito 800-767-0700 o visitándonos en www.uhcsr.com/csulb

Elegibilidad

Todos los estudiantes matriculados que asistan a seis o más horas de crédito, o los estudiantes de posgrado registrados que hayan pagado cuotas a la Universidad son elegibles para inscribirse en este Plan de seguro.

Los estudiantes deben asistir a clases activamente durante al menos los primeros 31 días luego de la fecha de contratación de la cobertura. Los cursos de estudio en el hogar, por correspondencia y en línea no cumplen los requisitos de Elegibilidad que indican que el estudiante asiste activamente a clases. La Compañía se reserva el derecho de investigar la Elegibilidad o el estado del estudiante y los registros de asistencia para verificar que se hayan cumplido los requisitos de Elegibilidad de la póliza. Si la Compañía descubre que no se han cumplido los requisitos de Elegibilidad, su única obligación es reembolsar la prima.

Los estudiantes elegibles que se inscriban también pueden asegurar a sus Dependientes. Los Dependientes Elegibles son el cónyuge del estudiante (el esposo o la esposa) o la Pareja de Unión Libre, y los hijos dependientes menores de 26 años de edad. Para obtener los requisitos específicos necesarios para cumplir con la elegibilidad de Pareja de Unión Libre, consulte la sección Definiciones del Folleto.

La Elegibilidad de los Dependientes vence simultáneamente con la del estudiante Asegurado.

Fechas de Vigencia y Cancelación

La Póliza Maestra que se encuentra en los expedientes de la escuela entra en vigencia a las 12:01 a.m., agosto 21, 2013. La cobertura individual del estudiante entra en vigencia el primer día del período por el que se paga la prima o el día en que la Compañía (o su representante autorizado) reciba el formulario de inscripción y la prima completa, lo que ocurra después. La Póliza Maestra se cancela a las 11:59 p.m., agosto 20, 2014. La cobertura se cancela en la misma fecha o al final del período por el que se paga la prima, lo que ocurra primero. La cobertura de los Dependientes no entrará en vigencia antes que la del estudiante Asegurado ni se extenderá más allá de la del estudiante Asegurado.

Si el pago de las primas se realiza por semestre, la cobertura vence según se indica a continuación:

Otoño	01-20-2014
Primavera/Verano	08-20-2014

Usted debe cumplir los requisitos de Elegibilidad cada vez que pague una prima para continuar con la cobertura del seguro. Para evitar que la cobertura caduque, se debe recibir su prima en un plazo de 14 días después de la fecha de vencimiento de la cobertura. Es responsabilidad del estudiante realizar los pagos de las primas de manera oportuna para evitar la caducidad de la cobertura.

Los reembolsos de las primas sólo se permiten al ingresar a las fuerzas armadas.

La Póliza es una Póliza No Renovable de Un Año.

Tarifas de las Primas

	Anual	Otoño	Primavera/Verano
ESTUDIANTE DE PREGRADO	8/21/13 - 8/20/14	8/21/13 - 1/20/14	1/21/14 - 8/20/14
Estudiante	\$1,870	\$802	\$1,104
Cónyuge	\$4,946	\$2,115	\$2,930
Cada Hijo	\$3,166	\$1,354	\$1,876
ESTUDIANTE DE POSGRADO			
Estudiante	\$2,226	\$955	\$1,315
Cónyuge	\$5,925	\$2,533	\$3,510
Cada Hijo	\$3,166	\$1,354	\$1,876

NOTA: Las cantidades estipuladas arriba incluyen ciertos cargos que cobra la escuela a través de la cual usted recibe cobertura. Tales cargos podrían cubrir, por ejemplo, los costos administrativos de su escuela relacionados con el ofrecimiento de este plan de salud.

Extensión de Beneficios Después de la Cancelación

La cobertura que proporciona la Póliza termina en la Fecha de Cancelación. Sin embargo, si una Persona Asegurada está Hospitalizada a la Fecha de Cancelación como consecuencia de una Lesión o Enfermedad cubierta por la que se pagaron los Beneficios antes de la Fecha de Cancelación, los Gastos Médicos Cubiertos por dicha Lesión o Enfermedad continuarán pagándose mientras continúe esta condición, pero sin exceder los 90 días después de la fecha de cancelación.

Los pagos totales hechos con respecto a la Persona Asegurada por dicha condición, tanto antes como después de la Fecha de Cancelación, nunca excederán el Beneficio Máximo.

Después de que esta disposición de "Extensión de Beneficios" se haya agotado, todos los beneficios dejarán de existir y en ninguna circunstancia se realizarán más pagos.

Notificación Previa a la Admisión

Se debe notificar a UnitedHealthcare de todas las Hospitalizaciones antes de la admisión.

- 1. NOTIFICACIÓN PREVIA DE HOSPITALIZACIONES MÉDICAS QUE NO SEAN DE EMERGENCIA:** El paciente, el Médico o el Hospital debe llamar al 1-877-295-0720 al menos cinco días hábiles antes de la admisión planificada.
- 2. NOTIFICACIÓN DE ADMISIONES DE EMERGENCIA MÉDICA:** El paciente, el representante del paciente, el Médico o el Hospital debe llamar al 1-877-295-0720 en un plazo de dos días hábiles a partir de la fecha de admisión para informar de cualquier admisión por causa de una Emergencia Médica.

UnitedHealthcare recibe las llamadas de Notificación Previa a la Admisión, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., Hora de la Zona Central. Después del horario de atención, se pueden dejar llamadas en el buzón de voz del Departamento de Servicio al Cliente, en el teléfono 1-877-295-0720.

Importante: No seguir los procedimientos de notificación no afectará los beneficios que de otra forma sean pagaderos por la póliza; no obstante, la notificación previa no es una garantía de que los beneficios se pagarán.

Plan de Beneficios de Gastos Médicos Lesión y Enfermedad

**Beneficio Máximo: \$500,000 Pagado como se Especifica a Continuación
(por Persona Asegurada) (por Año de Póliza)**

Deducible por Proveedores Preferidos: \$500 (por Persona Asegurada) (por Año de Póliza)

Deducible Fuera de la Red: \$1,000 (por Persona Asegurada) (por Año de Póliza)

Coaseguro por Proveedores Preferidos: 80%, excepto según se indica a continuación

Coaseguro Fuera de la Red: 60%, excepto según se indica a continuación

**Gasto Máximo de Desembolso Personal en Proveedores Preferidos:
\$5,000 (por Persona Asegurada, por Año de Póliza)**

**Gasto Máximo de Desembolso Personal Fuera de la Red:
\$10,000 (por Persona Asegurada, por Año de Póliza)**

El Proveedor Preferido para este plan es **UnitedHealthcare Choice Plus**.

Si un Proveedor Preferido proporciona atención, cualquier Gasto Médico Cubierto se pagará al nivel de beneficios del Proveedor Preferido. Si un Proveedor Preferido no se encuentra disponible en el Área de la Red, los beneficios se pagarán en el nivel de beneficios descritos como beneficios del Proveedor Preferido. Si se incurre en un Gasto Médico Cubierto debido a una Emergencia Médica, los beneficios se pagarán al nivel de beneficios del Proveedor Preferido. En todas las demás situaciones, se proporcionarán beneficios reducidos o menores cuando se use un proveedor Fuera de la Red.

La Póliza proporciona beneficios por los Gastos Médicos Cubiertos en los que incurre una Persona Asegurada por pérdidas debido a una Lesión o Enfermedad cubierta hasta el Beneficio Máximo de \$500,000.

Gasto Máximo de Desembolso Personal: Después de alcanzar el Gasto Máximo de Desembolso Personal, los Gastos Médicos Cubiertos se pagarán al 100% hasta el Beneficio Máximo de la póliza, sujeto a cualquier beneficio máximo aplicable. Se aplican Gastos Máximos de Desembolso Personal diferentes a los beneficios de Proveedores Preferidos y Fuera de la Red. Los Copagos y los Deducibles por servicio y los servicios que no son Gastos Médicos Cubiertos no cuentan para alcanzar el Gasto Máximo de Desembolso Personal. Aunque haya alcanzado el Gasto Máximo de Desembolso Personal, la Persona Asegurada seguirá siendo responsable de pagar los Copagos y los Deducibles por servicio.

Los beneficios están sujetos al Beneficio Máximo de la póliza a menos que se indique lo contrario. Los beneficios se pagarán hasta el beneficio máximo por cada servicio como se detalla a continuación. Todos los máximos de los beneficios corresponden a Proveedores Preferidos y Proveedores Fuera de la Red combinados, a menos que se indique lo contrario. Los Gastos Médicos Cubiertos incluyen:

PA = Asignación Preferida

U&C = Cargos Usuales y Habituales

PACIENTES HOSPITALIZADOS	Proveedores Preferidos	Proveedores Fuera de la Red
Gasto de Habitación y Comida , tarifa diaria por habitación semiprivada para Pacientes Hospitalizados y atención de enfermería general proporcionada por el Hospital.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Cuidado Intensivo	El 80% de la PA	El 60% de los U&C

PACIENTES HOSPITALIZADOS	Proveedores Preferidos	Proveedores Fuera de la Red
Gastos Hospitalarios Varios , como el costo del quirófano, exámenes de laboratorio, estudios de rayos X, anestesia, medicamentos (sin incluir los medicamentos para llevar al hogar), servicios terapéuticos y suministros. Para el cálculo de la cantidad de días pagaderos por este beneficio se considerará la fecha de admisión, pero no la fecha del alta.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Cuidado Rutinario del Recién Nacido , mientras esté Hospitalizado; y atención rutinaria de enfermería proporcionada inmediatamente después del nacimiento durante una Hospitalización mínima de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de un parto por cesárea. Si la madre está de acuerdo, el Médico tratante puede dar de alta al recién nacido antes.	Se paga como cualquier otra Enfermedad	
Fisioterapia	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Honorarios del Cirujano , si dos o más procedimientos se realizan a través de la misma incisión o en sucesión inmediata en la misma sesión operatoria, la cantidad máxima pagada no excederá el 50% del segundo procedimiento y el 50% de todos los procedimientos posteriores.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Cirujano Asistente	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Anestesiista , servicios profesionales administrados en relación con la cirugía de Pacientes Hospitalizados.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Servicios de Enfermera Registrada , atención de enfermería de práctica privada.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Visitas del Médico , servicios no quirúrgicos durante una hospitalización como Paciente Hospitalizado. Los beneficios no se aplican cuando los gastos están relacionados con la cirugía.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Exámenes Previos a la Admisión , pagaderos dentro de los 3 días hábiles previos a la admisión.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C

PACIENTES AMBULATORIOS	Proveedores Preferidos	Proveedores Fuera de la Red
Honorarios del Cirujano , si dos o más procedimientos se realizan a través de la misma incisión o en sucesión inmediata en la misma sesión operatoria, la cantidad máxima pagada no excederá el 50% del segundo procedimiento y el 50% de todos los procedimientos posteriores.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Gastos Varios por Cirugía Ambulatoria , relacionados con una cirugía programada realizada en un Hospital, incluido el costo del quirófano; análisis de laboratorio y estudios de rayos X, honorarios profesionales; anestesia; medicamentos y suministros. Los Cargos Usuales y Habituales por Gastos Varios de Cirugía Ambulatoria se basan en el Índice de Cargos del Establecimiento Quirúrgico Ambulatorio.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Cirujano Asistente	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Anestesta , servicios profesionales administrados en relación con cirugías de pacientes ambulatorios.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Visitas al Médico , los beneficios por Visitas al Médico no se aplican cuando se relacionan con cirugía o Fisioterapia.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Fisioterapia , consulte la exclusión número 28 para ver limitaciones adicionales. Fisioterapia incluye, pero no se limita a, lo siguiente: 1) fisioterapia; 2) terapia ocupacional; 3) terapia de rehabilitación cardíaca; 4) tratamiento manipulativo; y 5) terapia del habla, excepto que se excluya en la póliza. Se revisará la Necesidad por Razones Médicas después de las 12 visitas por Lesión o Enfermedad.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Gastos por Emergencias Médicas , cargo del establecimiento por el uso de la sala de emergencias y suministros. El tratamiento se debe prestar en un plazo de 72 horas desde el momento de la Lesión o de los primeros indicios de la Enfermedad. (El Copago/Deducible por visita es adicional al Deducible de la Póliza) (El Copago/Deducible por visita se descartará si es admitido en el Hospital.)	El 80% de la PA / Copago de \$100 por visita	El 80% de los U&C / Deducible de \$100 por visita
Servicios de Rayos X de Diagnóstico	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Terapia de Radiación	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Quimioterapia	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Servicios de Laboratorio	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Exámenes y Procedimientos , servicios de diagnóstico y procedimientos médicos realizados por un Médico, distintos a las Visitas al Médico, Fisioterapia, procedimientos de laboratorio y rayos X. Las siguientes terapias se pagarán conforme a este beneficio: terapia de inhalación, terapia de infusión, terapia pulmonar y terapia respiratoria.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C

PACIENTES AMBULATORIOS	Proveedores Preferidos	Proveedores Fuera de la Red
Inyecciones , cuando se administran en el consultorio del Médico, y cuyos cargos figuran en el informe del Médico.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Medicamentos de Venta con Receta , (Los Medicamentos de Venta con Receta por correo a través de UHCP se encuentran disponibles a 2.5 veces el Copago al por menor por un suministro máximo de 90 días.)	Farmacia de UnitedHealthcare (UHCP) Copago de \$15 por receta del Nivel 1 Copago de \$35 por receta del Nivel 2 Copago de \$70 por receta del Nivel 3 por un suministro máximo de 31 días por receta	Sin Beneficios
OTROS		
Servicios de Ambulancia	El 80% de la PA	El 80% de los U&C
Equipo Médico Duradero , se debe acompañar una receta por escrito cuando se envía el reclamo. Los beneficios se limitan a la compra inicial o una compra de reemplazo por Año de Póliza. El Equipo Médico Duradero incluye prótesis externas que reemplazan una extremidad o parte del cuerpo, pero no incluye ningún dispositivo que se implante completamente en el cuerpo. (Máximo de \$1,000 por Año de Póliza) (Los beneficios por Equipo Médico Duradero pagaderos conforme al máximo de \$1,000 no están incluidos en el Beneficio Máximo de \$500,000.) Consulte también Beneficios por Dispositivos Protésicos para Hablar Después de una Laringectomía.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Honorarios del Médico Asesor , cuando lo solicita y aprueba el Médico tratante.	El 80% de la PA	El 60% de los U&C
Tratamiento Dental , necesario por Lesión en Dientes Naturales solamente. (Máximo de \$1,000 por Año de Póliza) (Los beneficios no están sujetos al Beneficio Máximo de \$500,000.)	El 80% de la PA	El 80% de los U&C
Servicios para la Diabetes , en relación con el tratamiento de la diabetes. Consulte Beneficios por Diabetes.	Se paga como cualquier otra Enfermedad	
Tratamiento de Enfermedades Mentales , servicios recibidos como paciente ambulatorio u Hospitalizado. Las instituciones que se especializan en Enfermedades Mentales y Trastornos por Consumo de Sustancias o se dedican principalmente al tratamiento de estas condiciones no están cubiertas. Consulte también Beneficios por Enfermedades Mentales Graves y Trastornos Emocionales Graves.	Se paga como cualquier otra Enfermedad	

OTROS	Proveedores Preferidos	Proveedores Fuera de la Red
<p>Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias, servicios recibidos como paciente ambulatorio u Hospitalizado. Las instituciones que se especializan en Enfermedades Mentales y Trastornos por Consumo de Sustancias o se dedican principalmente al tratamiento de estas condiciones no están cubiertas.</p>	Se paga como cualquier otra Enfermedad	
<p>Cirugía Reconstructiva de Seno después de una Mastectomía, en relación con una Mastectomía para 1) todas las etapas de la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía; 2) la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y 3) las prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.</p>	Se paga como cualquier otra Enfermedad	
<p>Maternidad, se pagarán beneficios por una hospitalización como Paciente Hospitalizado de al menos 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de un parto por cesárea. Si la madre está de acuerdo, el Médico tratante puede dar de alta a la madre antes.</p>	Se paga como cualquier otra Enfermedad	
<p>Complicaciones del Embarazo</p>	Se paga como cualquier otra Enfermedad	
<p>Aborto Provocado</p>	Sin Beneficios	
<p>Servicios de Atención Preventiva, servicios médicos que demostraron ser, mediante evidencia clínica, seguros y eficaces en la detección temprana de enfermedades o en la prevención de enfermedades, comprobaron tener un efecto beneficioso en los resultados de salud y se limitan a los siguientes, según lo exige la ley vigente: 1) Artículos o servicios basados en evidencia que tienen en vigencia una calificación de "A" o "B" en las recomendaciones actuales del <i>Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF)</i>, por sus siglas en inglés); 2) vacunas que tienen en vigencia una recomendación del <i>Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP)</i>, por sus siglas en inglés) de los <i>Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades</i>; 3) con respecto a los lactantes, niños y adolescentes, la atención preventiva y las pruebas de detección informadas en la evidencia que se establecen en las pautas integrales respaldadas por la <i>Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA)</i>, por sus siglas en inglés); y 4) con respecto a las mujeres, tales pruebas de detección y atención preventiva adicionales establecidas en las pautas integrales respaldadas por la <i>Administración de Recursos y Servicios de Salud</i>.</p> <p>No se aplicará ningún Deducible, Copago o Coaseguro cuando los servicios se reciban de un Proveedor Preferido.</p>	El 100% de la PA	Sin Beneficios

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES SE PUEDE OBTENER ATENCIÓN DE LA SALUD.

Información de Proveedores Preferidos

"**Proveedores Preferidos**" son los Médicos, Hospitales y otros proveedores de atención de la salud que tienen contrato para proporcionar atención médica específica a precios negociados. Los Proveedores Preferidos en el área local de la escuela son proveedores de:

UnitedHealthcare Choice Plus.

La disponibilidad de proveedores específicos está sujeta a cambios sin previo aviso. Las personas aseguradas siempre deben confirmar si un Proveedor Preferido está participando en el momento en que se requieren los servicios llamando a la Compañía al 1-800-767-0700 y/o preguntándole al proveedor cuando programen una cita para obtener servicios.

"**Asignación Preferida**" significa la cantidad que un Proveedor Preferido aceptará como pago total por los Gastos Médicos Cubiertos.

Los proveedores "**Fuera de la Red**" no han negociado previamente listas de cuotas. Las Personas Aseguradas pueden incurrir en gastos de desembolso personal importantes con estos proveedores. Los cargos que excedan el pago del seguro son responsabilidad de la Persona Asegurada.

"**Área de la Red**" es el radio de 50 millas alrededor del campus de la escuela local a la que asiste la Persona Asegurada Identificada.

Independientemente del proveedor, cada Persona Asegurada es responsable del pago de su Deducible. El Deducible se debe cumplir antes de que se paguen los beneficios. La Compañía pagará de acuerdo con los límites de beneficios que aparecen en el Plan de Beneficios.

Gastos de Pacientes Hospitalizados

PROVEEDORES PREFERIDOS. Los gastos elegibles de Pacientes Hospitalizados en un Proveedor Preferido se pagarán a los porcentajes de Coaseguro especificados en el Plan de Beneficios, hasta cualquiera de los límites especificados en dicho Plan. Los Hospitales Preferidos incluyen los establecimientos de United Behavioral Health (UBH) de UnitedHealthcare Choice Plus. Llame al (800) 767-0700 para obtener información sobre los Hospitales Preferidos.

PROVEEDORES FUERA DE LA RED. Si la atención para Pacientes Hospitalizados no se proporciona en un Proveedor Preferido, los gastos elegibles de Pacientes Hospitalizados se pagarán de acuerdo con los límites de beneficios del Plan de Beneficios.

Gastos Hospitalarios de Pacientes Ambulatorios

Los Proveedores Preferidos pueden descontar los gastos Hospitalarios de Pacientes Ambulatorios en las facturas. Los beneficios se pagan de acuerdo con el Plan de Beneficios. Las personas aseguradas son responsables de cualquier cantidad que exceda los beneficios descritos en el Plan, hasta la Asignación Preferida.

Gastos Profesionales y Otros

Los Beneficios por los Gastos Médicos Cubiertos proporcionados por UnitedHealthcare Choice Plus se pagarán a los porcentajes de Coaseguro especificados en el Plan de Beneficios o hasta los límites especificados en dicho Plan de Beneficios. A todos los demás proveedores se les pagará de acuerdo con los límites de beneficios que aparecen en el Plan de Beneficios.

Emergencia Médica

A los efectos de la Cobertura PPO, Emergencia Médica deberá incluir Trabajo de Parto Activo. Trabajo de parto activo significa trabajo de parto en un momento en que puede ocurrir lo siguiente: 1) no hay tiempo suficiente para realizar el traslado seguro a otro hospital antes del parto; 2) un traslado puede representar una amenaza a la salud y a la seguridad de la Persona Asegurada o del niño por nacer.

Beneficios Farmacéuticos de UnitedHealthcare

Los beneficios se encuentran disponibles por Medicamentos de Venta con Receta para pacientes ambulatorios de nuestra Lista de Medicamentos de Venta con Receta (PDL, por sus siglas en inglés) cuando se surten en una Farmacia de UnitedHealthcare. Los beneficios están sujetos a límites de suministro y a Copagos que varían según el nivel en que se encuentre el medicamento de venta con receta para pacientes ambulatorios en la PDL. Existen ciertos Medicamentos de Venta con Receta que requieren que su Médico nos notifique para verificar que su uso esté cubierto dentro de su beneficio.

Usted es responsable del pago de los Copagos correspondientes. Su Copago está determinado por el nivel asignado al Medicamento de Venta con Receta en la PDL. El estado del nivel puede cambiar periódicamente y sin previo aviso. Para obtener el estado del nivel más actualizado, visite www.uhcsr.com/csulb o llame al 1-855-828-7716.

Copago de \$15 por receta o receta repetida de un Medicamento de Venta con Receta del Nivel 1 por un suministro máximo de 31 días

Copago de \$35 por receta o receta repetida de un Medicamento de Venta con Receta del Nivel 2 por un suministro máximo de 31 días

Copago de \$70 por receta o receta repetida de un Medicamento de Venta con Receta del Nivel 3 por un suministro máximo de 31 días

Los Medicamentos de Venta con Receta por correo se encuentran disponibles a 2.5 veces el Copago al por menor por un suministro máximo de 90 días.

Presente su tarjeta de identificación en la farmacia de la red cuando surta una receta. Si no usa una farmacia de la red, usted será responsable de pagar el costo total de la receta.

Si no presenta la tarjeta, deberá pagar la receta y luego enviar un formulario de reembolso para recetas surtidas en una farmacia de la red junto con el recibo pagado con el fin de recibir el reembolso. Para obtener formularios de reembolso o información sobre los medicamentos de venta con receta por correo o las farmacias de la red, visite www.uhcsr.com/csulb e inicie sesión en su cuenta en línea o llame al 1-855-828-7716.

Exclusiones Adicionales

Además de las Exclusiones y Limitaciones de la póliza, se aplican las siguientes Exclusiones a los Beneficios Farmacéuticos de la Red:

1. Cobertura para Medicamentos de Venta con Receta por la cantidad despachada (límite de cantidad o suministro por días) que exceda el límite de suministro.
2. Servicios Experimentales o de Investigación o Servicios y Medicamentos No Comprobados; medicamentos utilizados para indicaciones experimentales y/o regímenes de dosificación que la Compañía determine como experimentales, de investigación o no comprobados.
3. Medicamentos compuestos que no contengan al menos un ingrediente aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos y que requieran una receta o receta repetida. Medicamentos compuestos que estén disponibles como un Medicamento de Venta con Receta similar y comercialmente disponible. Los medicamentos compuestos que contengan al menos un ingrediente que requiera una receta o una receta repetida se asignan al Nivel 3.
4. Medicamentos disponibles sin receta que no requieran una receta o una receta repetida según la ley federal o estatal antes de que se suministren, a menos que la Compañía haya designado el medicamento sin receta como elegible para la cobertura como si fuera un Medicamento de Venta con Receta y se obtuviera con una receta o una receta repetida de un Médico. Medicamentos de Venta con Receta que están disponibles en su versión sin receta o compuestos por componentes que están disponibles sin receta o de forma equivalente. Algunos Medicamentos de Venta con Receta que la Compañía haya determinado que son Terapéuticamente Equivalentes a un medicamento sin receta. Es posible que dichas determinaciones se tomen hasta seis veces durante un año calendario y que la Compañía decida en cualquier momento restablecer los Beneficios por un

Medicamento de Venta con Receta que haya estado excluido por esta disposición.

5. Cualquier producto cuyo uso primario sea de nutrición, suplementos nutricionales o control nutricional de una enfermedad, incluso cuando se use para el tratamiento de alguna Enfermedad o Lesión.

Definiciones

Lista de Medicamentos de Venta con Receta es una lista que clasifica en niveles los medicamentos, productos o dispositivos que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos. Esta lista está sujeta a revisiones y modificaciones periódicas por parte de la Compañía (generalmente trimestrales, pero no más de seis veces por año calendario). Para determinar a qué nivel ha sido asignado un Medicamento de Venta con Receta en particular, la Persona Asegurada puede visitar www.uhcsr.com/csulb en Internet o llamar al Servicio al Cliente al 1-855-828-7716.

Medicamento de Venta con Receta es un medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos y que, según la ley estatal o federal, puede suministrarse sólo en conformidad con una receta o una receta repetida. Un Medicamento de Venta con Receta incluye un medicamento que, debido a sus características, es adecuado para su autoadministración o para su administración por parte de un cuidador no especializado. Con respecto a los beneficios cubiertos por la póliza, esta definición incluye la insulina.

Exámenes de Maternidad

Esta póliza no cubre todos los exámenes o pruebas de detección preventivos o de rutina. El pago de los siguientes exámenes de maternidad y pruebas de detección se considerará de acuerdo con los beneficios de la póliza si se han cumplido todas las demás disposiciones de la póliza.

Evaluación inicial en la primera visita:

- Prueba de embarazo: gonadotropina coriónica humana (hCG, por sus siglas en inglés) en orina
- Bacteriuria asintomática: cultivo de orina
- Tipificación de grupo sanguíneo y anticuerpos Rh
- Rubéola
- Proteína plasmática A asociada al embarazo (PAPPA, por sus siglas en inglés)

(primer trimestre solamente)

- Gonadotropina coriónica humana (hCG) beta libre **(primer trimestre solamente)**
- Hepatitis B: HBsAg
- Prueba de Papanicolau
- Gonorrea: cultivo de gonorrea
- Clamidia: cultivo de clamidia
- Sífilis: RPR
- VIH: VIH-ab
- Prueba de Coombs

Cada visita: Análisis de orina

Una vez por trimestre: Hematocrito y Hemoglobina

Una vez durante el primer trimestre: Ecografía

Una vez durante el segundo trimestre:

- Ecografía (examen anatómico)
- Alfa fetoproteína (AFP) en prueba Triple, Estriol, hCG o Alfa fetoproteína (AFP) en prueba Cuádruple, Estriol, hCG, inhibina A

Una vez durante el segundo trimestre si es mayor de 35 años: Amniocentesis o toma de muestra de vellosidades coriónicas (CVS)

Una vez durante el segundo o tercer trimestre: 50 g de Glucola (glucosa en sangre 1 hora posprandial)

Una vez durante el tercer trimestre: Cultivo de *Estreptococo* Grupo B

Las vitaminas prenatales no están cubiertas. Para obtener información adicional sobre los Exámenes de Maternidad, llame a la Compañía al 1-800-767-0700.

Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental

Pérdida de Vida, Extremidad o Vista

Si dicha Lesión tiene exclusivamente como consecuencia, independientemente de todas las otras causas y en un plazo de 180 días de producida, cualquiera de las siguientes pérdidas específicas, la Persona Asegurada o el beneficiario puede solicitar a la Compañía el pago de la cantidad correspondiente a continuación además del pago que se detalla en los Beneficios por Gastos Médicos.

Por Pérdida de:

Vida	\$ 5,000
Dos o Más Extremidades	\$ 5,000
Una Extremidad	\$ 2,500
Pulgar o Dedo Índice	\$ 1,250

Extremidad significa mano, brazo, pie, pierna u ojo. La pérdida significará, con respecto a las manos o los brazos y los pies o las piernas, desmembramiento por amputación en o sobre la articulación de la muñeca o el tobillo; con respecto a los ojos, pérdida de la vista total e irrecuperable. Sólo se pagará una pérdida específica (la mayor) que sea consecuencia de cualquier Lesión.

Disposición de Coordinación de Beneficios

Los beneficios se coordinarán con cualquier otra cobertura o plan médico, quirúrgico u hospitalario elegible, de modo que los pagos combinados de todos los programas no excedan el 100% de los gastos permitidos incurridos por servicios y suministros cubiertos.

Beneficios Obligatorios

Beneficios por Servicios de Telesalud

Los beneficios por servicios de Telesalud prestados adecuadamente se pagarán de la misma forma que los servicios prestados a través del contacto personal entre un Médico y la Persona Asegurada.

"Transmisión asincrónica de almacenamiento y envío" se refiere a la transmisión de la información médica del paciente desde el sitio en el que se origina esta información hasta un lugar distante donde se encuentra el Proveedor de atención de la salud sin la presencia del paciente.

"Interacción sincrónica" se refiere a una interacción en tiempo real entre un paciente y un proveedor de atención de la salud que se encuentra en un lugar distante.

"Telesalud" se refiere al modo de prestar los servicios de atención de la salud y de salud pública a través de tecnologías de la información y la comunicación para facilitar el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la administración de la atención y los autocontroles en la atención de la salud de un paciente cuando el paciente está donde se origina la información y el proveedor de atención de la salud en un lugar distante. La Telesalud facilita el autocontrol del paciente y el apoyo que los cuidadores prestan a los pacientes, e incluye interacciones sincrónicas y transmisiones asincrónicas de almacenamiento y envío.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por Cirugía del Maxilar Superior o Inferior

Se pagarán beneficios como cualquier otra Lesión o Enfermedad sin exceder el máximo de \$500 por procedimientos quirúrgicos para aquellas condiciones cubiertas que afecten directamente al maxilar superior o inferior, o las articulaciones óseas asociadas siempre que el servicio se considere una Necesidad por Razones Médicas y no incluya procedimientos dentales que no sean los identificados en el Plan de Beneficios.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por Mamografías

Se pagarán beneficios como cualquier otro Gasto Médico Cubierto tal como se indica en el Plan de Beneficios por exámenes mediante mamografía de baja dosis para detectar la presencia de cáncer de seno oculto, con la referencia de una enfermera practicante, enfermera partera certificada o Médico, sujetos a las siguientes pautas:

1. Una mamografía de referencia para mujeres de treinta y cinco a treinta y nueve años de edad, inclusive.
2. Una mamografía cada dos años para mujeres de cuarenta a cuarenta y nueve años de edad o con más frecuencia de acuerdo con la recomendación del Médico de la mujer.
3. Una mamografía anual para mujeres de cincuenta años de edad o mayores.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por Cirugía Reconstructiva

Se pagarán beneficios como cualquier otra Lesión o Enfermedad por una cirugía reconstructiva realizada para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infección, tumores o enfermedad con alguno de estos propósitos: (1) mejorar una función o (2) crear una apariencia normal en la medida de lo posible.

El beneficio no incluye cirugía estética ni cirugía realizada para alterar o remodelar las estructuras normales del cuerpo y así mejorar la apariencia de la Persona Asegurada.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por Dispositivos Protésicos para Hablar Después de una Laringectomía

Los Beneficios por Dispositivos Protésicos para restaurar un método para hablar relacionado con una laringectomía se pagarán como cualquier otro dispositivo protésico.

A los efectos de esta sección, "dispositivos protésicos" significa e incluye el suministro de dispositivos protésicos iniciales y posteriores, incluidos los accesorios de instalación, conforme a la indicación del Médico y cirujano de la Persona Asegurada. "Dispositivos protésicos" no incluye las máquinas que producen voz electrónica.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por Osteoporosis

Los beneficios por el diagnóstico, tratamiento y manejo adecuado de la Osteoporosis se pagarán según los Cargos Usuales y Habituales. Los beneficios incluyen todas las tecnologías aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos, incluidas las tecnologías de medición de la masa ósea según se considere médicamente adecuado.

No se aplicarán las disposiciones de Deducible, Copago y Coaseguro de la Póliza, pero se aplicarán todas las demás limitaciones y disposiciones de la póliza.

Beneficios por Enfermedades Mentales Graves y Trastornos Emocionales Graves

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por el diagnóstico y el tratamiento Médicamente Necesario de Enfermedades Mentales Graves de una Persona Asegurada

de cualquier edad y de Trastornos Emocionales Graves del hijo de una Persona Asegurada, tal como se especifica a continuación.

1. Servicios para pacientes ambulatorios.
2. Servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados.
3. Servicios de hospitalización parcial.
4. Medicamentos de Venta con Receta, si la póliza incluye cobertura para Medicamentos de Venta con Receta.

"Enfermedad Mental Grave" incluye:

1. Esquizofrenia.
2. Trastornos esquizoafectivos.
3. Trastorno bipolar (trastorno maníaco depresivo).
4. Trastornos depresivos agudos.
5. Trastornos de pánico.
6. Trastorno obsesivo-compulsivo.
7. Trastornos generalizados del desarrollo o Autismo.
8. Anorexia nerviosa.
9. Bulimia nerviosa.

"Trastornos emocionales graves del niño" se refiere a un niño menor de 18 años de edad que tiene uno o más trastornos mentales según se define en la edición más reciente del **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), que no sea un trastorno primario de uso de sustancias ni un trastorno del desarrollo, que da como resultado una conducta inapropiada para la edad del niño de acuerdo con normas de desarrollo esperadas. Los miembros de esta población objetivo deben cumplir con uno o más de los siguientes criterios:

1. Como resultado del trastorno mental, el niño tiene un trastorno sustancial en al menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, desempeño escolar, relaciones familiares o capacidad para funcionar en la comunidad, y ocurre cualquiera de lo siguiente: (i) El niño corre el riesgo de que se le retire del hogar o ya se le ha retirado del hogar. (ii) El trastorno mental y las limitaciones han estado presentes durante más de 6 meses o es posible que continúen durante más de un año sin tratamiento.
2. El niño muestra una de las siguientes conductas: características sicóticas, riesgo de suicidio o riesgo de violencia debido a un trastorno mental.
3. El niño cumple requisitos de elegibilidad para recibir educación especial conforme al Capítulo 26.5 de la división 7 del Título 1 del Código del Gobierno.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por Tratamiento de la Salud Conductual para Trastornos Generalizados del Desarrollo o Autismo

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por diagnóstico y Tratamiento de la Salud Conductual Medicamento Necesario para Trastornos Generalizados del Desarrollo o Autismo.

"Tratamiento de la Salud Conductual" se refiere a los servicios profesionales y programas de tratamiento, incluidos los programas de análisis conductual aplicado y de intervención conductual basada en evidencia, que mejoran o restauran, hasta donde sea posible, el funcionamiento de una persona con Trastornos Generalizados del Desarrollo o Autismo, y que cumplan con los siguientes requisitos:

1. El tratamiento es recetado por un Psicólogo o Médico con licencia.
2. El tratamiento se proporciona conforme a un plan de tratamiento recetado por un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo y administrado por:

- a. Un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
 - b. Un Profesional Calificado de Servicios para el Autismo supervisado y empleado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
 - c. Un Paraprofesional Calificado de Servicios para el Autismo supervisado y empleado por un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
3. El plan de tratamiento tiene metas medibles con plazos estipulados y está desarrollado y aprobado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo específicamente para la Persona Asegurada que recibe el tratamiento. El Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo debe revisar el plan de tratamiento al menos una vez cada seis meses y modificarlo siempre que sea adecuado. En el plan, el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo debe:
- a. Describir los trastornos de la salud conductual de la Persona Asegurada que se tratarán.
 - b. Diseñar un plan de intervención que incluya el tipo de servicio, la cantidad de horas y la participación de los padres necesarios para alcanzar las metas y objetivos del plan, y la frecuencia con la que se evalúa e informa el progreso de la Persona Asegurada.
 - c. Proporcionar planes de intervención que utilicen prácticas basadas en evidencia, con eficacia clínica comprobada en el tratamiento de Trastornos Generalizados del Desarrollo o Autismo.
 - d. Discontinuar los servicios de intervención conductual intensiva cuando se alcancen las metas y objetivos del tratamiento o cuando estos servicios ya no sean adecuados.
4. El plan de tratamiento no se utiliza en relación con servicios de cuidado de alivio, de cuidado diurno o educativos prestados ni para el reembolso de estos servicios; tampoco para reembolsar a un padre por su participación en el programa de tratamiento. El plan de tratamiento estará disponible para la Compañía si se solicita.

"Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo" se refiere a cualquiera de los siguientes casos:

1. Una persona, entidad o grupo certificado por un ente nacional, como el Behavior Analyst Certification Board (Consejo de Certificación de Analistas de Conducta), que esté acreditado por la Comisión Nacional para Agencias de Certificación y que diseñe, supervise o proporcione tratamiento para los Trastornos Generalizados del Desarrollo o Autismo, siempre que los servicios estén dentro de la experiencia y competencia de la persona, entidad o grupo con certificación nacional.
2. Una persona que ha obtenido una licencia de médico y cirujano, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, terapeuta familiar y matrimonial, psicólogo educativo, trabajador social clínico, terapeuta profesional clínico, patólogo del habla o audiólogo conforme a la División 2 del Código de Comercio y Profesiones, que diseñe, supervise o proporcione tratamiento para los Trastornos Generalizados del Desarrollo o Autismo, siempre que los servicios estén dentro de la experiencia y competencia del titular de la licencia.

"Profesional calificado de servicios para el autismo" se refiere a una persona que cumple con todos los siguientes criterios:

1. Proporciona tratamiento de salud conductual.
2. Está empleada y es supervisada por un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
3. Proporciona tratamiento conforme al plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
4. Es un proveedor de servicios de salud conductual aprobado como proveedor por un centro regional de California para prestar servicios como Analista de Conducta

Ayudante, Analista de Conducta, Asistente de Control del Comportamiento, Consultor de Control del Comportamiento o Programa de Control del Comportamiento según se define en la Sección 54342 del Título 17 del Código de Regulaciones de California.

5. Tiene experiencia y capacitación para proporcionar servicios para los Trastornos Generalizados del Desarrollo o Autismo conforme a la División 4.5 del Código de Bienestar e Instituciones o el Título 14 del Código del Gobierno.

"Paraprofesional calificado de servicios para el autismo" se refiere a una persona que no tiene licencia ni está certificada y que cumple con todos los siguientes criterios:

1. Está empleada y es supervisada por un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
2. Proporciona tratamiento e implementa servicios conforme a un plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.
3. Cumple con los criterios estipulados en las normas adoptadas en virtud de la Sección 4686.3 del Código de Bienestar e Instituciones.
4. Tiene la educación, capacitación y experiencia adecuada según lo certifique un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por Diabetes

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por los siguientes equipos y suministros para el control y el tratamiento de la diabetes insulínica, diabetes no insulínica y diabetes gestacional según sea Médicamente Necesario aunque los artículos estén disponibles sin receta:

1. Monitores de glucosa en sangre y tiras para diagnóstico de la glucosa en sangre.
2. Monitores de glucosa en sangre diseñados para ayudar a las personas con limitaciones visuales.
3. Bombas de insulina y todos los accesorios relacionados necesarios.
4. Tiras de medición de cetonas en orina.
5. Lancetas y dispositivos de perforación de lanceta.
6. Sistemas de administración tipo pluma para la administración de insulina.
7. Dispositivos de podiatría para prevenir o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes.
8. Jeringas de insulina.
9. Dispositivos para aumentar la visión, sin incluir lentes, para ayudar a las personas con limitaciones visuales a administrarse la dosis adecuada de insulina.

También se proporcionarán beneficios por capacitación para el autocontrol, educación y terapia médica de nutrición de las personas con diabetes como pacientes ambulatorios que sean necesarias para permitir que la Persona Asegurada utilice correctamente el equipo, los suministros y medicamentos mencionados anteriormente. Se aplicarán los mismos límites de la póliza que se aplican a cualquier otra Visita al Médico.

Si la Póliza proporciona beneficios de Medicamentos de Venta con Receta, los beneficios se pagarán como cualquier Medicamento de Venta con Receta para los siguientes medicamentos de venta con receta Médicamente Necesarios:

1. Insulina.
2. Medicamentos recetados para el tratamiento de la diabetes.
3. Glucagón.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por Fenilcetonuria

Los beneficios por los exámenes y el tratamiento de la Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) se pagarán según los Cargos Usuales y Habituales.

Los beneficios incluyen las Fórmulas y los Productos Alimenticios Especiales que forman parte de una dieta recetada por un Médico y administrada por un profesional de atención de la salud en consulta con un Médico que se especialice en el tratamiento de enfermedades metabólicas, siempre y cuando la dieta se considere Médicamente Necesaria para evitar el desarrollo de discapacidades físicas o mentales graves o para promover el desarrollo o la función normal como consecuencia de la PKU.

No se requieren beneficios salvo que el costo de las Fórmulas y los Productos Alimenticios Especiales exceda el costo de una dieta normal.

"Fórmula" significa un producto enteral para uso en el hogar recetado por un Médico o una enfermera practicante o indicado por un dietista registrado con la referencia de un proveedor de atención de la salud autorizado para recetar tratamientos nutricionales que sean Médicamente Necesarios para el tratamiento de la PKU.

"Producto alimenticio especial" significa un producto alimenticio que:

- a) es recetado por un Médico o una enfermera practicante para el tratamiento de la PKU y concuerda con las recomendaciones y mejores prácticas de profesionales de la salud calificados con especialidad relacionada con la PKU y experiencia en el tratamiento de la misma. No incluye los alimentos que naturalmente tengan un bajo contenido proteico, pero pueden incluir productos alimenticios formulados especialmente con menos de un gramo de proteínas por porción;
- b) se utiliza en lugar de productos alimenticios normales, como alimentos de supermercado utilizados por la población general.

No se aplicarán las disposiciones de Deducible, Copago y Coaseguro de la Póliza, pero se aplicarán todas las demás limitaciones y disposiciones de la póliza.

Beneficios por Estudios Clínicos de Cáncer

Los beneficios se pagarán como cualquier otra Enfermedad por todos los costos del cuidado rutinario del paciente relacionados con el estudio clínico para una persona asegurada diagnosticada con cáncer y aceptada en un estudio clínico del cáncer de fase I, fase II, fase III o fase IV.

Los "Costos del cuidado rutinario del paciente" son los costos asociados con la prestación de servicios de atención de la salud, que incluyen medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que de otra manera estarían cubiertos por el plan o contrato si dichos medicamentos, artículos, dispositivos y servicios no se proporcionaran en relación con un programa aprobado de estudios clínicos.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por la Detección y el Tratamiento del Cáncer de Seno

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por los exámenes, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de seno, según las prácticas médicas generalmente aceptadas y evidencia científica, con la referencia del médico participante de la persona asegurada.

El tratamiento para el cáncer de seno incluirá la cobertura de dispositivos protésicos o cirugía reconstructiva para restaurar y lograr una simetría luego de una mastectomía de la paciente.

"Mastectomía" es la extirpación total o parcial del seno por razones médicamente necesarias según lo determinado por un Médico con licencia y cirujano.

"Dispositivo Protésico" significa el suministro de las prótesis iniciales y subsiguientes indicadas por el Médico y cirujano de la Persona Asegurada.

Los beneficios por dispositivos protésicos y cirugía reconstructiva estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por Vacuna para el SIDA

Los beneficios por una vacuna para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) aprobada para su comercialización por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (sin incluir una solicitud de nuevo medicamento de investigación) y recomendada por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (United States Public Health Service) se pagarán según los Cargos Usuales y Habituales.

No se aplicarán las disposiciones de Deducible, Copago y Coaseguro de la Póliza, pero se aplicarán todas las demás limitaciones y disposiciones de la póliza.

Beneficios por Pruebas del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por pruebas del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), independientemente de que la prueba se relacione o no con un diagnóstico principal de VIH. El método de examen será el que esté aprobado por la Administración Federal de Drogas y Alimentos y sea recomendado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por Pruebas de Detección de Cáncer de Próstata

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por las pruebas de detección y el diagnóstico de cáncer de próstata, que incluyen, pero no se limitan al examen del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) y exámenes de tacto rectal cuando sean médicamente necesarios y coherentes con las buenas prácticas profesionales.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por Pruebas de Detección de Cáncer

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por todas las pruebas de detección del cáncer médicamente aceptadas.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por Pruebas de Detección de Cáncer Cervical

Se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por una prueba de detección de cáncer cervical anual, con la referencia de una enfermera practicante, enfermera partera certificada o Médico, sujetos a las siguientes pautas:

Una prueba de detección anual incluirá la prueba de Papanicolaou convencional, una prueba de detección del virus del papiloma humano aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos y la opción de cualquier prueba de detección de cáncer cervical aprobada por la Administración Federal de Drogas y Alimentos, con la referencia del proveedor de atención de la salud de la Persona Asegurada.

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Beneficios por Métodos y Medicamentos Anticonceptivos para Pacientes Ambulatorios

Si la póliza contempla la cobertura de medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios, se pagarán beneficios como cualquier otra Enfermedad por métodos y medicamentos anticonceptivos recetados que:

1. estén aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés);
2. sean recetados por el Médico de la Persona Asegurada; y
3. sean clínicamente adecuados para la Persona Asegurada

Los beneficios estarán sujetos a todos los Deducibles, Copagos, Coaseguros, limitaciones o a cualquier otra disposición de la póliza.

Definiciones

CARGOS USUALES Y HABITUALES significa la cantidad menor entre el cargo real o un cargo razonable que: 1) es usual y habitual si se compara con los cargos cobrados por servicios y suministros similares; y 2) se cobra a personas que tienen condiciones médicas similares en la localidad del Titular de la Póliza. La Compañía usa datos de FAIR Health, Inc. para determinar los Cargos Usuales y Habituales. No se realizarán pagos conforme a esta póliza por ningún gasto incurrido que exceda los Cargos Usuales y Habituales.

COASEGURO significa el porcentaje de Gastos Médicos Cubiertos que paga la Compañía.

CONDICIÓN PREEXISTENTE es cualquier condición por la que se recomienda o recibe consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico, incluida la utilización de Medicamentos de Venta con Receta, por parte de un Médico, dentro del período de 6 meses inmediatamente anterior a la Fecha de Vigencia de la Persona Asegurada por esta póliza. El embarazo no se considerará una Condición Preexistente.

COPAGO significa una cantidad fija de dinero que la persona asegurada debe pagar por ciertos Gastos Médicos Cubiertos.

DEDUCIBLE significa una cantidad estipulada en el Plan de Beneficios o en cualquier endoso a esta póliza como deducible que se restará de la cantidad o las cantidades que sean pagaderas de otro modo como Gastos Médicos Cubiertos antes de que se realice el pago de cualquier beneficio. El deducible se aplicará según lo especificado en el Plan de Beneficios.

EMERGENCIA MÉDICA significa el suceso de una Enfermedad o Lesión repentina, grave e inesperada. Ante la ausencia de atención médica inmediata, una persona razonable podría creer que esta condición podría tener cualquiera de las siguientes consecuencias:

- 1) La muerte.
- 2) Un peligro para la salud de la Persona Asegurada.
- 3) Un deterioro grave de las funciones corporales.
- 4) Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- 5) En el caso de una mujer embarazada, un grave peligro para la salud del feto.

Los gastos incurridos por "Emergencia Médica" sólo se pagarán por una Enfermedad o Lesión que cumpla las condiciones antes mencionadas. Estos gastos no se pagarán por Lesiones o Enfermedades leves.

ENFERMEDAD significa enfermedad de la Persona Asegurada que ocasiona pérdida mientras dicha Persona está cubierta por esta póliza. Todas las condiciones relacionadas y los síntomas recurrentes de la misma condición o de una similar se considerarán una enfermedad. Los Gastos Médicos Cubiertos en los que se incurrió como resultado de una Lesión que ocurrió antes de la Fecha de Vigencia de esta póliza serán considerados una Enfermedad en esta póliza.

GASTO MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL significa la cantidad de Gastos Médicos Cubiertos que debe pagar la Persona Asegurada antes de que los Gastos Médicos Cubiertos se paguen al 100% durante el resto del Año de la Póliza de acuerdo con el Plan de Beneficios de la póliza. Los siguientes gastos no se aplican para cumplir con el Gasto Máximo de Desembolso Personal, a menos que se especifique lo contrario en el Plan de Beneficios de la póliza:

- 1) Deducibles.
- 2) Copagos.
- 3) Gastos que no son Gastos Médicos Cubiertos.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS significa los cargos razonables que: 1) no exceden los Cargos Usuales y Habituales; 2) no exceden la Asignación Preferida cuando la póliza incluye beneficios de Proveedores Preferidos y los cargos se reciben de un Proveedor Preferido; 3) no exceden la cantidad máxima de beneficios pagadera por servicio según lo especificado en el Plan de Beneficios; 4) se cobran por servicios y suministros que no

están excluidos por la póliza; 5) se cobran por servicios y suministros que son una Necesidad por Razones Médicas; 6) se cobran por servicios incluidos en el Plan de Beneficios; y 7) exceden la cantidad estipulada como Deducible, de haber alguno.

Los Gastos Médicos Cubiertos se considerarán "incurridos" sólo: 1) cuando se presten los servicios cubiertos y 2) cuando se cobre a la Persona Asegurada por dichos servicios.

LESIÓN significa una lesión corporal que cumple todas las condiciones siguientes:

- 1) es directa e independientemente causada por un contacto accidental específico con otro cuerpo u objeto.
- 2) no está relacionada con ningún trastorno patológico, funcional o estructural.
- 3) causa una pérdida.
- 4) es tratada por un Médico dentro de 30 días después de la fecha del accidente.
- 5) es sufrida mientras la Persona Asegurada está cubierta por esta póliza.

Todas las lesiones sufridas en un accidente, que incluyen las condiciones relacionadas y los síntomas recurrentes de dichas lesiones, se considerarán una sola lesión. Una Lesión no incluye las pérdidas que resulten total o parcialmente, directa o indirectamente de una enfermedad o de cualquier otra dolencia corporal. Los Gastos Médicos Cubiertos incurridos como resultado de una lesión que ocurrió antes de la Fecha de Vigencia de esta póliza serán considerados como una Enfermedad por esta póliza.

NECESIDAD POR RAZONES MÉDICAS significa los servicios o suministros proporcionados o indicados por un Hospital o Médico que cumplen todas las condiciones siguientes:

- 1) Son esenciales para los síntomas y el diagnóstico o tratamiento de la Enfermedad o Lesión.
- 2) Se proporcionan para el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de la Enfermedad o Lesión.
- 3) Están en conformidad con los estándares del buen ejercicio de la medicina.
- 4) No son principalmente para la comodidad de la Persona Asegurada o el Médico de la Persona Asegurada.
- 5) Son el suministro o nivel de servicio más adecuado que pueda proporcionarse de manera segura a la Persona Asegurada.

La Necesidad por Razones Médicas de ser hospitalizado como Paciente Hospitalizado significa que se cumplen las siguientes dos condiciones:

- 1) La Persona Asegurada necesita atención para una condición aguda como paciente que ocupa una cama de hospital.
- 2) La Persona Asegurada no puede recibir atención segura y adecuada como paciente ambulatorio.

Esta póliza sólo paga por servicios, procedimientos y suministros que constituyan una Necesidad por Razones Médicas. No se pagarán beneficios por gastos que no sean una Necesidad por Razones Médicas, lo que incluye cualquier día o todos los días de Hospitalización.

PACIENTE HOSPITALIZADO significa la internación ininterrumpida de un paciente luego de su admisión formal en un Hospital a causa de una Lesión o Enfermedad por la que se pagan beneficios en esta póliza.

PAREJA DE UNIÓN LIBRE significa una persona que ha presentado una Declaración de Pareja de Unión Libre ante la Secretaría del Estado de California y que reúne todas las siguientes condiciones:

- 1) Es soltera o no forma parte de otra pareja de unión libre.
- 2) No tiene parentesco sanguíneo con la persona asegurada en un grado que prohibiría su matrimonio en este estado.

- 3) Tiene al menos 18 años de edad; o, si es menor de 18 años, ha obtenido, conforme a la ley de California:
 - a. El consentimiento por escrito de los padres de la persona menor de edad y un tribunal ha concedido permiso para establecer una pareja unión libre; o
 - b. Un tribunal estableció una pareja de unión libre si la persona menor de edad no tiene padres ni un tutor legal capaz de dar su consentimiento a la pareja de unión libre.
- 4) Es mentalmente capaz de dar su consentimiento para la pareja de unión libre.

Exclusiones y Limitaciones

No se pagarán beneficios por: a) pérdida o gasto provocado por, resultante de o al que se haya contribuido mediante; o b) tratamiento, servicios o suministros para, de o relacionados con cualquiera de los siguientes puntos:

1. Acné;
2. Acupuntura;
3. Alergia, incluidas las pruebas para la detección de alergias;
4. Adicción a la nicotina, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza;
5. Terapia socioambiental, discapacidades del aprendizaje, problemas conductuales, problemas entre padres e hijos, incapacidad conceptual, retraso o trastorno del desarrollo o retraso mental;
6. Biorretroalimentación;
7. Circuncisión;
8. Condiciones congénitas, excepto según lo estipulado específicamente en los Beneficios por Cirugía Reconstructiva o excepto según lo estipulado específicamente para Niños Recién Nacidos o Adoptados;
9. Procedimientos estéticos, excepto la cirugía estética necesaria para corregir una Lesión por la cual los beneficios serían de otra forma pagaderos por esta póliza, o para niños recién nacidos o adoptados;
10. Atención de Custodia; atención proporcionada en: casas de reposo, clubes de salud, asilos de ancianos, viviendas intermedias, enfermerías universitarias o lugares destinados principalmente a la atención domiciliaria o a la Atención de Custodia; atención prolongada en establecimientos de tratamiento o de abuso de sustancias para atención domiciliaria o la Atención de Custodia;
11. Tratamiento dental, excepto por las Lesiones accidentales en Dientes Naturales;
12. Cirugía Opcional o Tratamiento Opcional;
13. Aborto provocado;
14. Exámenes de la vista, refracción de la vista, anteojos, lentes de contacto, recetas o ajuste de anteojos o lentes de contacto, cirugía de corrección de la vista u otro tratamiento para corregir defectos y problemas visuales; excepto cuando se deba al curso de una enfermedad o Lesión cubierta;
15. Condiciones de pie plano, dispositivos de apoyo para el pie, arcos vencidos, pies débiles; distensión crónica del pie; molestias sintomáticas de los pies; y cuidado rutinario de los pies que incluye el cuidado, corte y extracción de callos, callosidades, uñas y juanetes (excepto cirugía capsular u ósea);
16. Spa de salud o establecimientos similares; programas de fortalecimiento;
17. Exámenes de la audición; aparatos auditivos; o implantes cocleares; u otro tratamiento para defectos y problemas auditivos, excepto como resultado de una infección o traumatismo. "Defectos auditivos" significa cualquier defecto físico del oído que impide o puede impedir la audición normal, aparte del curso de la enfermedad;

18. Hirsutismo; alopecia;
19. Hipnosis;
20. Inmunizaciones, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza; medicamentos preventivos o vacunas, excepto cuando sean necesarios para el tratamiento de una Lesión cubierta; o según lo específicamente estipulado en la póliza;
21. Lesión o Enfermedad por la cual los beneficios se pagan o son pagaderos conforme a cualquier Ley o Decreto de Compensación del Seguro Obrero (Workers' Compensation) o de Enfermedades Profesionales (Occupational Disease Law) o legislación similar;
22. Lesión o Enfermedad fuera de los Estados Unidos y sus territorios, Canadá o México, excepto por una Emergencia Médica cuando se viaje por programas académicos de estudios en el extranjero, por negocios o placer;
23. Lesión sufrida debido a un accidente de vehículo motorizado en la medida que los beneficios sean pagados o pagaderos por cualquier otro seguro válido y cobrable;
24. Lesión sufrida durante (a) la participación en una competencia o deporte interuniversitario o profesional; (b) el traslado desde o hacia dicho deporte o competencia como participante; o (c) la participación en cualquier práctica o programa de entrenamiento físico relacionado con dicho deporte o competencia;
25. Servicios de investigación;
26. Lipectomía;
27. Pérdida sufrida o contraída como consecuencia de que la Persona Asegurada haya estado alcoholizada o bajo los efectos de cualquier sustancia controlada a menos que fuera administrada por la indicación de un Médico;
28. Fisioterapia para Pacientes Ambulatorios; excepto para una condición que requirió cirugía u Hospitalización: 1) dentro de los 30 días inmediatamente anteriores a dicha Fisioterapia; o 2) dentro de los 30 días inmediatamente posteriores al alta para rehabilitación de parte del Médico tratante;
29. Participación en un disturbio o insurrección civil; perpetración de un delito grave o intención de perpetrar un delito grave; o pelea;
30. Condiciones Preexistentes, excepto en el caso de personas que hayan estado aseguradas continuamente durante al menos 12 meses consecutivos por cualquier plan o póliza de seguro de salud o arreglo de beneficios de salud proporcionado por la empresa. Se otorgará crédito por el tiempo cumplido cuando esté cubierto por la Cobertura Acreditada siempre que la persona adquiera elegibilidad y se inscriba en esta póliza en un plazo de 63 días a partir de la cancelación del plan anterior. Esta exclusión no se aplicará a una Persona Asegurada menor de 19 años;
31. Servicios de Medicamentos de Venta con Receta, no habrá beneficios pagaderos por:
 - a. Aparatos o dispositivos terapéuticos que incluyen agujas hipodérmicas, jeringas, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, sin importar el uso previsto, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza;
 - b. Agentes inmunizantes, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza; suero biológico, sangre o hemoderivados administrados de manera ambulatoria;
 - c. Medicamentos con la etiqueta "Caution - limited by federal law to investigational use" ("Precaución: Uso limitado por la ley federal para fines de investigación") o medicamentos experimentales;
 - d. Productos utilizados con fines estéticos;
 - e. Medicamentos utilizados para tratar o curar la calvicie; esteroides anabólicos usados para desarrollar el cuerpo;
 - f. Anoréxicos (medicamentos usados para controlar el peso);
 - g. Agentes para la fertilidad o medicamentos para mejorar la potencia sexual, tales como Parlodel, Pergonal, Clomid, Profasi, Metrodin, Serophene o Viagra;

- h. Hormonas del crecimiento; o
 - i. Recetas repetidas más veces que la cantidad especificada o surtidas un (1) año después de la fecha de la receta.
32. Servicios reproductivos o para la fertilidad, incluidos entre otros: planificación familiar; exámenes de fertilidad; infertilidad (en el hombre o la mujer), incluido cualquier servicio o suministro prestado con el propósito o la intención de inducir la concepción; exámenes premaritales; impotencia orgánica o de otro tipo; procedimientos de esterilización femenina, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza; vasectomía; cirugía de cambio de sexo; reversión de procedimientos de esterilización;
 33. Investigación o exámenes relacionados con estudios de investigación, o cualquier tratamiento por el que el paciente o el representante del paciente deba firmar un documento de consentimiento informado que identifique el tratamiento en el que participará el paciente, por ejemplo, un estudio de investigación o estudio de investigación clínica;
 34. Cuidado Rutinario del Recién Nacido, guardería para el bebé sano y cargos del Médico relacionados, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza;
 35. Servicios de atención preventiva; exámenes físicos rutinarios y otras pruebas rutinarias, exámenes o tratamientos preventivos, evaluaciones o pruebas de detección en ausencia de una Lesión o Enfermedad, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza;
 36. Servicios proporcionados normalmente sin cargo por el Servicio de Salud del Titular de la Póliza o servicios cubiertos o proporcionados por la cuota de salud del estudiante;
 37. Tabique nasal desviado, que incluye la resección submucosa y/u otra corrección quirúrgica relacionada; cirugía nasal y de los senos paranasales, excepto para el tratamiento de una lesión cubierta o de la sinusitis purulenta crónica;
 38. Paracaidismo en caída libre, paracaidismo, aladeltismo, vuelo sin motor, parapente, planeamiento a vela, *bungee jumping* o vuelo en cualquier tipo de aeronave, excepto cuando viaja como pasajero en un vuelo de horario regular de una aerolínea comercial;
 39. Trastornos del sueño;
 40. Terapia del habla; servicios de naturopatía;
 41. Suicidio o intento de suicidio, ya sea que la persona se encuentre o no en su sano juicio (incluida una sobredosis de drogas); o Lesiones autoinfligidas intencionalmente;
 42. Suministros, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza;
 43. Cirugía de aumento o reducción de senos, implantes o prótesis de seno, o ginecomastia; excepto según lo específicamente estipulado en la póliza;
 44. Tratamiento en un hospital dependiente del Gobierno, a menos que exista una obligación legal de que la Persona Asegurada pague dicho tratamiento;
 45. Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada; o mientras es miembro de las fuerzas armadas de cualquier país (si se solicita, se reembolsará una prima prorrateada por dicho período no cubierto); y
 46. Control y reducción de peso, programas de nutrición, tratamiento para la obesidad, cirugía para extraer el exceso de piel o grasa.

FrontierMEDEX: Servicios de Emergencia Global

Si usted es un estudiante asegurado por este plan de seguro, usted y su cónyuge/Pareja de Unión Libre e hijos menores de edad asegurados son elegibles para los servicios de FrontierMEDEX. Los requisitos para recibir estos servicios son los siguientes:

Estudiantes Internacionales, cónyuge/Pareja de Unión Libre e hijos menores de edad asegurados: Son elegibles para recibir los servicios de FrontierMEDEX en todo el mundo, excepto en su país de origen.

Estudiantes del País, cónyuge/Pareja de Unión Libre e hijos menores de edad asegurados: Son elegibles para recibir los servicios de FrontierMEDEX cuando se encuentran a 100 o más millas de distancia de su campus y a 100 o más millas de la dirección de su hogar permanente o mientras participan en un programa de Estudios en el Extranjero.

FrontierMEDEX incluye Evacuación Médica de Emergencia y Repatriación de Restos Mortales que cumplan los requisitos del Departamento de Estado de los Estados Unidos. Los servicios de Evacuación Médica de Emergencia no tienen el propósito de utilizarse en vez de o para reemplazar los servicios de emergencia locales como una ambulancia solicitada a través de la asistencia telefónica de emergencia a través del número de teléfono 911. Todos los servicios de FrontierMEDEX deben coordinarse y prestarse por medio de FrontierMEDEX; cualquier servicio no coordinado por este medio no se considerará para los pagos.

Los Servicios Clave incluyen:

- *Transferencia de los Datos del Seguro a los Proveedores Médicos
- *Transferencia de Registros Médicos
- *Referencias Médicas y Dentales en Todo el Mundo
- *Evacuación Médica de Emergencia
- *Transporte para Reunirse con un Participante Hospitalizado
- *Reemplazo de Lentes Correctivos y Dispositivos Médicos
- *Arreglos de Hotel en caso de Convalecencia
- *Regreso de Hijos Dependientes
- *Referencias Legales
- *Transmisión de Mensajes
- *Supervisión del Tratamiento
- *Medicamentos, Vacunas y Transfusiones de Sangre
- *Envío de Médicos/Especialistas
- *Facilidad de Pagos de Admisión en el Hospital
- *Transporte Después de la Estabilización
- *Arreglos de Viaje de Emergencia
- *Informes Continuos a la Familia y el Médico del País de Origen
- *Reemplazo de Documentos de Viaje Extraviados o Robados
- *Repatriación de Restos Mortales
- *Transferencia de Fondos
- *Servicios de Traducción

Visite www.uhcsr.com/frontiermedex para obtener el folleto de FrontierMEDEX, que incluye las descripciones del servicio y las exclusiones y limitaciones del programa.

Para tener acceso a los servicios llame al:

(800) 527-0218 Gratis dentro de los Estados Unidos

(410) 453-6330 A cobro revertido desde fuera de los Estados Unidos

También puede tener acceso a los servicios a través del correo electrónico a operations@frontiermedex.com.

Cuando llame al Centro de Operaciones de FrontierMEDEX, tenga a mano la siguiente información:

1. Nombre de la persona que llama, número de teléfono y (si es posible) número de fax y relación con el paciente;
2. Nombre, edad, sexo y número de identificación de FrontierMEDEX del paciente que se encuentra en su Tarjeta de Identificación Médica;
3. Descripción de la condición del paciente;
4. Nombre, ubicación y número de teléfono del hospital, si corresponde;
5. Nombre y número de teléfono del médico tratante; e
6. Información sobre dónde se puede ubicar al médico de inmediato.

FrontierMEDEX no es un seguro médico o de viaje, sino un proveedor de servicios de asistencia médica de emergencia. Todos los costos médicos en los que se incurra se deben presentar a su plan de salud y están sujetos a los límites de cobertura de salud de su póliza. Todos los servicios de asistencia se deben coordinar y proporcionar por medio de FrontierMEDEX. No se aceptarán reclamos por reembolso de servicios no prestados por FrontierMEDEX. Para obtener más información, incluidas las limitaciones y exclusiones, consulte la información de FrontierMEDEX en “MyAccount” (Mi Cuenta) en www.uhcsr.com/MyAccount.

Aviso de Derechos de Apelación

Derecho a Apelación Interna

Apelación Interna Estándar

Si la Persona Asegurada no está de acuerdo total o parcialmente con la denegación de la Compañía de un reclamo o solicitud de beneficios, la Persona Asegurada tiene derecho a solicitar una Apelación Interna. La Persona Asegurada, o el Representante Autorizado de la Persona Asegurada, debe presentar una solicitud por escrito de una Apelación Interna dentro de los 180 días de la fecha en que recibió el aviso de la Determinación Adversa de la Compañía.

La solicitud de Apelación Interna por escrito debe incluir:

1. Una declaración que solicite específicamente una Apelación Interna de la decisión;
2. El nombre y número de identificación de la Persona Asegurada (como figuran en la tarjeta de identificación);
3. Las fechas de servicio;
4. El nombre del Proveedor;
5. La razón por la que se debe reconsiderar el reclamo; y
6. Cualquier comentario, documento, registro u otro material pertinente al reclamo.

Si tiene preguntas sobre el proceso de Apelación Interna, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 800-767-0700. La solicitud de Apelación Interna por escrito se debe enviar a: UnitedHealthcare **StudentResources**, PO Box 809025, Dallas, TX 75380-9025.

Apelación Interna Rápida

En el caso de Solicitudes de Atención de Urgencia, una Persona Asegurada puede presentar una solicitud de Apelación Interna Rápida, ya sea verbalmente o por escrito.

Una Solicitud de Atención de Urgencia significa una solicitud de servicios o tratamiento donde el plazo para realizar una Apelación de Interna estándar:

1. Podría representar un peligro grave para la vida o la salud de la Persona Asegurada o la capacidad de la Persona Asegurada para recuperarse completamente; o
2. Sometiese, según la opinión de un Médico con conocimiento de la condición médica de la Persona Asegurada, a dicha persona a un dolor intenso que no se puede controlar adecuadamente sin el tratamiento o servicio de atención de la salud solicitado.

Para solicitar una Apelación Interna Rápida, comuníquese con el Departamento de Apelaciones de Reclamos al 888-315-0447. La solicitud por escrito de Apelación Interna Rápida se debe enviar a: Claims Appeals, UnitedHealthcare **StudentResources**, PO Box 809025, Dallas, TX 75380-9025.

Derecho a una Revisión Médica Independiente Externa

Una Persona Asegurada puede solicitar una Revisión Médica Independiente Externa al Departamento de Seguros cuando la Persona Asegurada recibe una Determinación Adversa Definitiva que niega, modifica o demora servicios de atención de la salud sobre la base, en todo o en parte, de la conclusión de que los servicios de atención de la salud en cuestión no son Médicamente Necesarios o no son Gastos Médicos Cubiertos por la Póliza. La solicitud de Persona Asegurada para una Revisión Médica Independiente Externa se debe presentar al Departamento dentro de los seis meses posteriores a que la Persona Asegurada reciba la notificación de la Determinación Adversa Definitiva de Beneficios. Sin embargo, el Comisionado puede extender el plazo de seis meses establecido para la solicitud si las circunstancias del caso justifican la extensión.

Como parte de la notificación a la Persona Asegurada sobre una disposición de Determinación Adversa Definitiva de Beneficios, la Compañía proporcionará un formulario de solicitud aprobado por el Departamento y un sobre con los datos del destinatario, que la Persona Asegurada puede enviar para iniciar una Revisión Médica Independiente Externa.

Dónde Enviar Solicitudes de Revisión Médica Independiente Externa

Todos los tipos de solicitudes de Revisión Médica Independiente Externa se deben presentar al departamento de seguros del estado a la siguiente dirección:

California Department of Insurance
Health Claims Bureau, IMR Unit
300 S. Spring Street 11th Floor
Los Angeles, CA 90013
Número de Teléfono Gratuito dentro del Estado: (800) 927-4357
Fuera del Estado: (213) 897-8921
Fax: (213) 897-9641

Preguntas Relacionadas con los Derechos de Apelación

Si tiene preguntas sobre los derechos de la Persona Asegurada a una Apelación Interna y Revisión Médica Independiente Externa, comuníquese con el Servicio al Cliente al 800-767-0700.

Hay otros recursos disponibles que brindan ayuda a la Persona Asegurada con el proceso de apelación. Si tiene preguntas sobre los derechos de apelación, el programa de asistencia al consumidor de su estado posiblemente pueda ayudarle:

Department of Managed Health Care Help Center
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
Número de Teléfono Gratuito: (888) 466-2219
Fax: (916) 255-5241
Sitio de Internet: www.healthhelp.ca.gov
Correo Electrónico: helpline@dmhc.ca.gov

Acceso en Línea a Información de la Cuenta

Las Personas Aseguradas por UnitedHealthcare **StudentResources** tienen acceso en línea al estado de sus reclamos, Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés), Tarjetas de Identificación, proveedores de la red, correspondencia e información de cobertura al iniciar sesión en **“My Account”** (Mi Cuenta) en www.uhcsr.com/myaccount. Los estudiantes asegurados que aún no tengan una cuenta en línea simplemente pueden seleccionar el enlace **“create My Account Now”** (crear Mi Cuenta ahora). Siga las instrucciones simples en pantalla para establecer una cuenta en línea en cuestión de minutos con su número de identificación del seguro de 7 dígitos o la dirección de correo electrónico registrada.

Como parte del compromiso con el medio ambiente de UnitedHealthcare **StudentResources** para reducir los desechos, hemos implementado una serie de iniciativas destinadas a preservar nuestros preciados recursos naturales y, a la vez, proteger la seguridad de la información de salud personal de los estudiantes.

“My Account” se optimizó con la incorporación de un **“Message Center”** (*Centro de Mensajes*), una herramienta autoservicio que ofrece una manera rápida y sencilla de ver cualquier notificación por correo electrónico que podamos haber enviado. En el **“Message Center”**, las notificaciones se envían de forma segura directamente a la dirección de correo electrónico del estudiante Asegurado. Si el estudiante Asegurado prefiere recibir copias impresas, puede elegir no recibir mensajes electrónicos. Para realizar este cambio, debe ingresar en **“My Email Preferences”** (Mis Preferencias de Correo Electrónico).

UnitedHealth Allies

Los estudiantes Asegurados también tienen acceso al programa de descuentos UnitedHealth Allies®. Simplemente inicie sesión en **“My Account”** según lo descrito más arriba y seleccione **“UnitedHealth Allies Plan”** para conocer mejor los descuentos disponibles. Cuando se vea o imprima la tarjeta de identificación médica, también se incluirá la tarjeta de UnitedHealth Allies. El Programa UnitedHealth Allies no es un seguro y es ofrecido por UnitedHealth Allies, una compañía de UnitedHealth Group.

Tarjetas de Identificación

Una manera de ser más ecológicos es dejar de enviar por correo automáticamente **Tarjetas de Identificación**. En cambio, enviaremos una notificación por correo electrónico cuando la tarjeta de identificación digital esté disponible para descargar de **“My Account”**. Un estudiante Asegurado también puede usar **“My Account”** para solicitar la entrega de una tarjeta de identificación permanente a través del correo. Además, se puede tener acceso a las tarjetas de identificación a través nuestro sitio móvil my.uhcsr.com.

Collegiate Assistance Program (Programa de Ayuda Universitaria)

Los Estudiantes Asegurados tienen acceso al consejo de una enfermera, información de salud y apoyo de orientación las 24 horas del día llamando al número que se indica en la tarjeta de identificación permanente. El Collegiate Assistance Program está dotado de Enfermeras Registradas y Profesionales Clínicos con licencia que pueden ayudar a los estudiantes a determinar si deben buscar atención médica, asesoramiento legal/financiero o pueden hablar con alguien acerca de asuntos cotidianos que pueden ser abrumadores.

Procedimiento de Reclamo

En caso de una Lesión o Enfermedad, los estudiantes deben:

- 1) Presentarse en el Servicio de Salud para Estudiantes para solicitar tratamiento o, en caso de no encontrarse en la escuela, ir al Médico o al Hospital.
- 2) Enviar a la dirección que se encuentra a continuación todas las facturas médicas y del hospital, junto con el nombre del paciente y el nombre, la dirección y el número del Seguro Social del estudiante asegurado y el nombre de la universidad en la cual se encuentra asegurado el estudiante. No es necesario un formulario de reclamo de la Compañía para presentar un reclamo.
- 3) Presentar el reclamo en un plazo de 30 días a partir de la Lesión o del primer tratamiento por una Enfermedad. La Compañía debe recibir las facturas en un plazo de 90 días a partir de la prestación del servicio. Las facturas que se presenten después de un año no se considerarán para el pago, excepto en ausencia de capacidad legal.

El Plan está Asegurado por

UnitedHealthcare Insurance Company

Envíe todos sus Reclamos o Preguntas a:

UnitedHealthcare **StudentResources**
P.O. Box 809025
Dallas, Texas 75380-9025
1-800-767-0700
customerservice@uhcsr.com
claims@uhcsr.com

Servicios de Ventas/Marketing:

UnitedHealthcare **StudentResources**
805 Executive Center Drive West, Suite 220
St. Petersburg, FL 33702
1-800-237-0903
Correo Electrónico: info@uhcsr.com

Conserve este Folleto como un resumen general del seguro. La Póliza Maestra que se encuentra archivada en la Universidad contiene todas las disposiciones, limitaciones, exclusiones y calificaciones de los beneficios del seguro, algunas de las cuales podrían no estar incluidas en este Folleto. La Póliza Maestra es el contrato y regirá y controlará el pago de los beneficios.

Este Folleto se basa en la Póliza N.º 2013-660-1

v2