



2014–2015

Plan de Seguro por Lesión y Enfermedad para Estudiantes de Chapman University

¿Quién es elegible para inscribirse?

Todos los estudiantes de pregrado del país que asistan a un mínimo de 12 horas de crédito y los estudiantes de posgrado del país que asistan a un mínimo de 6 horas de crédito son elegibles para inscribirse en este plan de seguro. Los estudiantes de programas de Ciencias de la Salud (Fisioterapia, Farmacia y Asistente Médico) y todos los estudiantes internacionales que asistan a horas de crédito son inscritos automáticamente en este plan de seguro en el momento de la matrícula y la prima por la cobertura se agrega a su cuenta de estudiante, a menos que presenten un comprobante de cobertura comparable. Los Dependientes elegibles de los estudiantes inscritos en el plan pueden participar en este plan de forma voluntaria. Los Dependientes Elegibles son el cónyuge o la Pareja de Unión Libre del estudiante y los hijos dependientes menores de 26 años. Para ver los requisitos específicos necesarios para cumplir con la elegibilidad de Pareja de Unión Libre, consulte la sección Definiciones del Folleto.

¿Dónde puedo obtener más información sobre los beneficios disponibles?

Lea el folleto del plan para determinar si este plan es adecuado para usted antes de inscribirse. El folleto del plan proporciona detalles de la cobertura, incluidos los costos, beneficios, exclusiones, reducciones o limitaciones, y las condiciones en las cuales la cobertura puede continuar en vigencia. Puede solicitar una copia del folleto del plan en la Universidad; también es posible consultarlo en www.uhcsr.com/chapman.

¿Quién puede responder las preguntas que tengo sobre el plan?

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-800-767-0700 o a customerservice@uhcsr.com.

Este plan está asegurado por UnitedHealthcare Insurance Company y se basa en la póliza número 2014-670-1.
La Póliza es una Póliza No Renovable de Un Año.

Características Principales de la Cobertura y los Servicios ofrecidos por UnitedHealthcare StudentResources		
	Proveedores Preferidos	Proveedores Fuera de la Red
Máximo General del Plan	No hay ningún límite máximo general de dinero en la póliza	
Deducible del Plan	\$450 por Persona Asegurada, por Año de Póliza	
Gasto Máximo de Desembolso Personal <i>Después de alcanzar el Gasto Máximo de Desembolso Personal, los Gastos Médicos Cubiertos se pagarán al 100% durante el resto del Año de la Póliza, sujeto a cualquier beneficio máximo que corresponda. Consulte el folleto del plan para saber cómo se aplica el Gasto Máximo de Desembolso Personal.</i>	\$2,500 por Persona Asegurada, por Año de Póliza \$5,000 por todas las Personas Aseguradas de una Familia, por Año de Póliza	
Coaseguro <i>Todos los demás beneficios están sujetos al cumplimiento del Deducible, limitaciones de beneficios, máximos y Copagos específicos según se describe en el folleto del plan.</i>	El 90% de la Asignación Preferida por Gastos Médicos Cubiertos	El 70% de los Cargos Usuales y Habituales por Gastos Médicos Cubiertos
Medicamentos de Venta con Receta	El 50% de los Cargos Usuales y Habituales	El 50% de los Cargos Usuales y Habituales
Servicios de Atención Preventiva <i>Incluyen, pero no se limitan a: exámenes físicos anuales, exámenes ginecológicos, pruebas de rutina y vacunas. No se aplicará ningún copago o Deducible cuando los servicios se reciban de un Proveedor Preferido. Para ver los detalles completos de los servicios contemplados para grupos específicos de edad y de riesgo, consulte www.healthcare.gov.</i>	El 100% de la Asignación Preferida	Sin Beneficios
Los siguientes servicios tienen Copagos/Deducibles por Servicio <i>Esta lista no incluye todo. Para ver una lista completa de Copagos/Deducibles, lea el folleto del plan.</i>	Visitas del Médico: Copago de \$10 por visita	Visitas del Médico: Deducible de \$10 por visita
Beneficios por Servicios Dentales y de la Vista Pediátricos	Para conocer detalles, consulte el folleto del plan (se aplican límites de edad).	
FrontierMEDEX	Los Estudiantes del País son elegibles para los servicios de FrontierMEDEX cuando se encuentran a 100 millas o más de distancia de la dirección de su campus y a 100 millas o más de distancia de su dirección particular permanente. Los Estudiantes Internacionales están cubiertos en todo el mundo excepto en su país de origen.	

Proveedores Preferidos

La Red de Proveedores Preferidos para este plan es UnitedHealthcare Options PPO. Los Proveedores Preferidos pueden encontrarse en el siguiente enlace: <http://www.uhcsr.com/lookupredirect.aspx?delsys=01>

Servicios en Línea

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 sobre cuentas de cobertura al iniciar sesión en *My Account* (Mi Cuenta) en www.uhcsr.com/myaccount. Para crear una cuenta en línea, seleccione el enlace *create My Account Now* (Crear Mi Cuenta Ahora) y siga las indicaciones simples que aparecen en pantalla. Todo lo que necesita es su número de identificación del Seguro de 7 dígitos o la dirección de correo electrónico en archivo. Las Personas Aseguradas también pueden descargar nuestra Aplicación para Dispositivos Móviles de UHCSR en la tienda Google Play y App Store de Apple.

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. Adicción, como:
 - Adicción a la cafeína.
 - Adicción del comportamiento, como: adicción al juego, al sexo, a gastar, a comprar, al trabajo y a la religión.
 - Codependencia.
2. Discapacidades del aprendizaje.
3. Biorretroalimentación.
4. Circuncisión.
5. Condiciones Congénitas, excepto según lo específicamente estipulado para:
 - Servicios Habilitativos.
 - Beneficios por Cirugía Reconstructiva.
 - Paladar hendido, según lo descrito en Tratamiento Dental en la póliza.
 - Recién nacidos o Bebés adoptados.
6. Procedimientos estéticos, excepto procedimientos reconstructivos para:
 - Corregir una Lesión o tratar una Enfermedad para la cual hay beneficios pagaderos de otra manera en esta póliza. El resultado principal del procedimiento no es un cambio o mejora en el aspecto físico.
 - Tratar o corregir Condiciones Congénitas de un Recién Nacido o Bebé adoptado.
7. Tratamiento dental, excepto:
 - Lesión accidental en Dientes Naturales.
 - Según lo descrito en Tratamiento Dental en la póliza.

Esta exclusión no se aplica a los beneficios específicamente estipulados en Servicios Dentales Pediátricos.
8. Cirugía Opcional o Tratamiento Opcional.
9. Vuelo en cualquier tipo de aeronave, excepto cuando viaja como pasajero en un vuelo de horario regular de una aerolínea comercial.
10. Cuidado de los pies para lo siguiente:
 - Cuidado rutinario de los pies que incluye el cuidado, el corte y la extracción de callos, callosidades, uñas y juanetes (excepto cirugía capsular u ósea).

Esta exclusión no se aplica al cuidado preventivo de los pies para las Personas Aseguradas que tienen diabetes.
11. Aparatos auditivos. Otro tratamiento para los defectos auditivos y la pérdida de la audición. "Defectos auditivos" significa cualquier defecto físico del oído que impide o puede impedir la audición normal, aparte del curso de la enfermedad.

Esta exclusión no se aplica a:

 - Defectos auditivos o pérdida de la audición como resultado de una infección o Lesión.
 - Aparato auditivo con anclaje de hueso para una Persona Asegurada con: a) anomalías craneofaciales cuya ausencia o defecto de los conductos auditivos impida el uso de aparatos auditivos portátiles; o b) pérdida de la audición que sea de la suficiente gravedad como para que no pueda corregirse adecuadamente con un aparato auditivo portátil.
12. Hirsutismo. Alopecia.
13. Vacunas, 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.
14. 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.
15. Lesión sufrida durante:
 - La participación en una competencia o un deporte profesional o interuniversitario.
 - El traslado desde o hacia dicho deporte o competencia como participante.
 - La participación en cualquier práctica o programa de entrenamiento físico relacionado con dicho deporte o competencia.
16. Participación voluntaria en un disturbio o una insurrección civil. Perpetración de un delito grave o intención de perpetrar un delito grave. Pelea, excepto en defensa propia.
17. Servicios de Medicamentos de Venta con Receta, no habrá beneficios pagaderos por:
 - 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.
 - Agentes inmunizantes, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza. Suero biológico.
 - Medicamentos con la etiqueta "Caution - limited by federal law to investigational use" ("Precaución: Uso limitado por las leyes federales para fines de investigación") o medicamentos experimentales.

- Productos utilizados con fines estéticos.
 - Medicamentos usados para tratar o curar la calvicie. Esteroides anabólicos usados para fisiculturismo.
 - Anoréxicos: medicamentos usados para controlar el peso.
 - Agentes para la fertilidad o medicamentos para mejorar la potencia sexual, tales como Parlodel, Pergonal, Clomid, Profasi, Metrodin, Serophene o Viagra.
 - Hormona del crecimiento, excepto cuando se usa para el tratamiento a largo plazo de Personas Aseguradas menores de 19 años con deficiencia del crecimiento por falta de una secreción adecuada de hormona del crecimiento endógena.
 - Recetas repetidas más veces que la cantidad especificada o surtidas un (1) año después de la fecha de la receta.
18. Servicios reproductivos o para la fertilidad, incluidos, entre otros:
- Asesoramiento sobre la procreación.
 - Asesoramiento genético y exámenes genéticos, excepto para el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos fetales.
 - Criopreservación de materiales reproductivos. Almacenamiento de materiales reproductivos.
 - Pruebas de fertilidad.
 - Tratamiento de la infertilidad (masculina o femenina), incluido cualquier servicio o suministro prestado con el propósito o la intención de inducir la concepción.
 - Exámenes premaritales.
 - Impotencia, orgánica o de otra índole.
 - Procedimientos de esterilización femenina, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza.
 - Reversión de procedimientos de esterilización.
 - Cirugía de cambio de sexo.
19. Exámenes rutinarios 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. Tratamiento para corregir defectos y problemas visuales.
- Esta exclusión no se aplica según lo siguiente:
- Cuando se deba a una Lesión cubierta o al curso de una enfermedad.
 - A beneficios específicamente estipulados en Servicios de la Vista Pediátricos.
 - A beneficios específicamente estipulados en la póliza.
 - A exámenes de la vista, incluidos los exámenes preventivos para condiciones como hipertensión, diabetes, glaucoma o degeneración macular.
20. Cuidado Rutinario del Recién Nacido, guardería para el bebé sano y cargos del Médico relacionados, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza.
21. Servicios de atención preventiva, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza, entre ellos:
- Pruebas y exámenes físicos rutinarios.
 - Tratamiento o pruebas de prevención.
 - Pruebas o exámenes de detección en ausencia de una Lesión o Enfermedad.
22. Paracaidismo en caída libre. Paracaidismo. Aladeltismo. Vuelo sin motor. Parapente. Planeamiento a vela. Bungee jumping.
23. Servicios prestados normalmente sin cargo por el Servicio de Salud del Titular de la Póliza. Servicios cubiertos o prestados por la cuota de salud del estudiante.
24. Trastornos del sueño.
25. Programas para dejar de fumar multidisciplinarios e independientes. Estos programas generalmente incluyen proveedores de atención de la salud que se especializan en dejar de fumar y pueden contar con un psicólogo, trabajador social u otro profesional certificado o con licencia.
26. Suicidio o intento de suicidio, ya sea que la persona se encuentre o no en su sano juicio (incluida la sobredosis intencional de drogas). Lesión autoinfligida intencionalmente.
27. Suministros, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza.
28. Cirugía de aumento o reducción de senos, implantes o prótesis de seno, o ginecomastia, excepto según lo específicamente estipulado en la póliza.
29. Tratamiento en un hospital dependiente del Gobierno, a menos que exista una obligación legal de que la Persona Asegurada pague dicho tratamiento.
30. 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).
31. Control del peso. Reducción del peso. Programas de nutrición. Tratamiento de la obesidad (excepto cirugía para la obesidad mórbida). Cirugía para extraer el exceso de piel o de grasa.