

En cas de divergence entre la version anglaise de la brochure et sa traduction, la version anglaise prévaudra.

Plan 2010 d'assurance santé et dommages corporels pour étudiants

conçu pour les étudiants inscrits aux programmes de
**perfectionnement
de langue anglaise et d'éducation internationale de**
l'Université de Californie

souscrit par
United States Fire Insurance Company
par Fairmont Specialty, une division de Crum & Forster

ÉLIGIBILITE

Un étudiant étranger, un professeur invité, un boursier ou quiconque détenteur d'un passeport ou titulaire d'un visa d'étudiant (par exemple, un visa F-1, J-1, M-1 ou B-1/B-2), résidant temporairement hors de son pays d'origine, auquel n'a été délivré aucun permis de séjour permanent alors qu'il réalise des tâches éducatives à plein temps auprès de son université doit être couvert par la police d'assurance. Les étudiants qui effectuent un stage facultatif (Optional Practical Training, OPT) peuvent également être couverts par cette police, à condition que : 1) le stage facultatif fasse immédiatement suite à un cursus universitaire ; et 2) que le stage facultatif ne dure pas plus de 12 mois. L'université peut accorder une dispense aux personnes déjà couvertes par d'autres plans établis par leur gouvernement ou leur ambassade. Informez-vous auprès du Bureau des étudiants étrangers (International Student Office).

L'étudiant qui souhaite souscrire cette police doit s'être acquitté de la prime exigée et doit avoir indiqué son nom, son numéro d'étudiant et sa date de naissance dans la déclaration adressée à l'assureur par l'université ou par un agent administratif. Les étudiants doivent suivre régulièrement les cours pendant au moins les premiers 31 jours de la période de couverture ou durant la totalité de celle-ci, selon laquelle est la plus courte, sauf en cas d'absence pour raison médicale.

Les étudiants éligibles qui s'inscrivent peuvent également assurer les personnes à leur charge. La personne à la charge de l'étudiant assuré est : 1) le conjoint légitime qui habite avec l'étudiant ; ou 2) un enfant à charge que l'étudiant entretient et qui est âgé de moins de 19 ans (ou de moins de 25 ans s'il s'agit d'un étudiant à plein temps).

En l'absence d'une autre couverture, les personnes à la charge des étudiants assurés doivent être inscrites dans les 31 jours suivant la date d'acquisition, la date de leur arrivée aux États-Unis ou du terme d'une autre couverture. La couverture ne pourra en aucun cas dépasser la date d'expiration de la couverture de l'étudiant assuré dont l'éligibilité permet leur inscription.

Dans l'éventualité de la naissance d'un enfant de l'étudiant assuré, cet enfant sera couvert conformément au plan durant les 31 premiers jours à compter : 1) de la date de naissance du nouveau-né ; 2) de la date effective de l'adoption de l'enfant par l'étudiant ; ou 3) de la date du placement de l'enfant chez l'étudiant aux fins de son adoption. La couverture de l'enfant concerné comprendra les malformations congénitales diagnostiquées, les anomalies de naissance, les soins néo-natals ainsi que les soins aux prématurés.

L'étudiant assuré pourra prétendre à continuer la couverture de l'enfant au-delà de 31 jours. Pour cela, l'étudiant assuré dispose d'un délai de 31 jours à compter de la naissance, de l'adoption ou du placement aux fins de l'adoption : 1) pour déposer un formulaire d'inscription rempli ; et 2) régler la prime additionnelle requise pour la continuité de la couverture.

Si l'étudiant assuré n'exerce pas le droit mentionné ci-dessus, toute couverture de l'enfant concerné expirera au terme du 31e jour à compter de sa naissance, de son adoption ou de son placement aux fins de son adoption.

La compagnie se réserve le droit d'analyser la situation et l'assiduité de l'étudiant (et de la personne à charge) pour vérifier si les critères d'éligibilité ont été satisfaits. Si et quand la compagnie découvre que les critères d'éligibilité de la police n'ont pas été satisfaits, sa seule obligation est le remboursement des primes, après déduction de toutes déclarations de sinistre payées.

DATES D'ENTREE DE PRISE D'EFFET ET D'EXPIRATION

La couverture prend effet à 00 h 01, dès lors que les critères d'éligibilité sont satisfaits : 1) de la date de prise d'effet de la police (31.12.2009) ; 2) de la date de prise d'effet déclarée par l'université ou par l'administrateur du plan comme étant la date d'expiration de la couverture ; ou 3) du jour qui suit immédiatement la date à laquelle l'administrateur du plan, l'université, ou le mandataire de l'administrateur du plan reçoit l'intégralité de la prime et la demande remplie, la dernière en date étant à retenir.

De plus, la couverture des étudiants et des boursiers étrangers prendra effet à 00 h 01 le jour où la personne couverte quitte son pays d'origine ou son pays de résidence habituelle, si :

1. la personne couverte se rend directement au programme parrainé par l'université ; et
2. si son voyage commence dans les 72 heures suivant la date de prise d'effet de la couverture pour la période pour laquelle une prime a été versée ; et
3. si le voyage est direct entre le pays de résidence habituelle et le campus universitaire et
4. ne dure pas plus de 48 heures.

La couverture se termine à 00 h 01 du jour intervenant en premier entre : 1) le dernier jour pour lequel une prime a été réglée ; 2) la date à laquelle la personne couverte cesse d'être éligible à cette assurance ; 3) la date d'expiration de la couverture de la police (31.12.2010) ; 4) le dernier jour de la période pour laquelle une prime a été réglée, qui suit la date à laquelle une personne à charge cesse d'être à charge conformément aux dispositions des présentes ; ou 5) le jour où la personne couverte commence son service militaire, auquel cas cette personne couverte recevra un remboursement proportionnel de la prime. Les remboursements des primes ne sont autorisés que dans le cas où la personne concernée entre dans l'armée.

Les critères d'éligibilité doivent être satisfaits lors de chaque paiement d'une prime aux fins du renouvellement de la couverture.

PRESTATAIRES PREFERES (PREFERRED PROVIDERS, PPO)

Ce plan a prévu dans la couverture l'accès au réseau First Health Network (FHN) des PPO. Les prestataires préférés sont des médecins, des hôpitaux et autres prestataires de soins de santé qui se sont engagés contractuellement à dispenser des soins médicaux à des prix conventionnés. La police offre le niveau de couverture le plus élevé aux PPO du FHN. Par conséquent, le recours aux PPO du FHN permettra aux personnes couvertes d'économiser le plus. La page suivante fournit une liste partielle des PPO du FHN pour ce plan.

L'accès au FHN offre des prestations d'envergure nationale pour les frais couverts facturés à 100 % des frais que les PPO perçoivent en cas de maladie ou de dommage corporel, dès lors que le traitement est pris en charge par des prestataires du réseau. Les prestations sont accordées à l'échelle mondiale pour les frais couverts facturés à 50 % des frais courants, raisonnables et habituels lorsque le traitement est dispensé par des prestataires n'appartenant pas au réseau, **à l'exception des traitements liés aux services suivants, qui seront payés à 100 % des frais courants, raisonnables et habituels lorsqu'ils émanent de prestataires n'appartenant pas au réseau, mais sont reçus dans un établissement appartenant au réseau : honoraires de médecin dans le cas d'une hospitalisation, services de radiologie (y compris les frais afférents aux radiologies effectuées aux urgences ou dans un cadre ambulatoire) et frais de radiothérapie.** De plus, les frais couverts facturés en raison d'une urgence médicale seront payés à 100 % et, si un prestataire préféré n'est pas disponible dans votre région (dans un rayon de 40 km), les prestations seront payées à 100 %, même pour un prestataire non PPO. Autrement, dans le cas du recours à un prestataire ou à un établissement non PPO, la personne assume un ticket modérateur de 50 %. Après déduction de la remise PPO de la facture de l'hôpital, la personne couverte assumera tous les frais qui dépassent le montant de l'assurance.

Notez que le recours aux urgences d'une clinique plutôt qu'à celles d'un hôpital peut réduire les menus frais de la personne couverte. Les urgences des cliniques dispensent des soins médicaux dans les cas de blessure ou de maladie peu graves dès lors que des soins immédiats sont requis. Pour connaître l'adresse d'une clinique qui dispense des soins d'urgence, visitez le site du FHN et sélectionnez « Facilities » dans la rubrique « Provider Type ». Sélectionnez ensuite « Urgent Care Clinic » dans la boîte « Facility Type ». Vous pouvez également obtenir une liste des cliniques qui dispensent des soins d'urgence auprès du centre médical étudiant (Student Health Center).

Indépendamment du prestataire, la personne couverte reste responsable du règlement de sa franchise et les prestations ne commenceront pas avant que la franchise n'ait été réglée.

Pour obtenir une liste complète des médecins et des établissements hospitaliers PPO, appelez le **1-800-226-5116** ou visitez **www.myfirsthealth.com**.

Notez que l'organisme prestataire préféré (Preferred Provider Organization, PPO) de ce plan a changé. Avant de consulter un médecin, assurez-vous que celui-ci est membre du nouveau réseau sinon vous pourriez être obligé de régler un ticket modérateur plus élevé.

Si une personne couverte est soignée par un prestataire préféré pour une maladie chronique grave, aiguë ou incurable, est suivie pour une grossesse, consulte pour un nourrisson et que le contrat du prestataire arrive à son terme, la personne couverte peut être éligible dans certaines conditions pour poursuivre le traitement avec le prestataire au taux PPO. Pour en savoir plus, adressez-vous à l'administrateur des demandes de remboursement.

Notez que si une personne couverte est traitée dans un hôpital PPO, cela ne signifie pas que tous les prestataires de cet hôpital sont des prestataires PPO. De plus, si un prestataire PPO oriente une personne couverte vers un autre prestataire ou un autre établissement, cela ne signifie pas que le prestataire ou l'établissement vers lequel la personne couverte est orientée est un prestataire PPO.

CENTRE MEDICAL ETUDIANT DE L'UNIVERSITE

Il est fortement recommandé aux étudiants assurés de se rendre d'abord au centre médical étudiant de l'université (les étudiants de l'UCLA doivent se rendre au centre médical de l'UCLA) s'ils ont besoin de soins avant d'engager des frais médicaux en dehors du campus. Il y a dérogation de franchise si l'étudiant assuré utilise en premier lieu ou s'il est orienté en premier lieu par le centre de médical étudiant de l'université agréé (cela ne s'applique pas aux personnes à charge).

AUTORISATION DE PRE-ADMISSION

Un dispositif de maîtrise des dépenses est prévu dans le plan pour maintenir les dépenses de santé le plus bas possible tout en offrant les meilleures prestations possible. Cela implique l'obtention par la personne couverte et son médecin ou l'hôpital d'un précertificat pour toutes les hospitalisations d'urgence sans examen médical.

Tout séjour d'un malade hospitalisé doit être autorisé.

La personne couverte doit informer son médecin de la demande d'autorisation de pré-admission pour ce plan :

1. Pré-autorisation d'hospitalisation : le patient, le médecin ou l'hôpital doivent appeler le 1-800-468-4343 au moins cinq (5) jours avant l'hospitalisation prévue.
2. Notification des hospitalisations d'urgence : le patient, son représentant, le médecin ou l'hôpital doivent appeler le 1-800-468-4343 dans un délai de deux (2) jours ouvrables à compter de l'hospitalisation.

IMPORTANT : la pré-autorisation ne garantit pas le remboursement des prestations.

PRESTATIONS MEDICALES SUPPLEMENTAIRES

Les prestations sont remboursées pour les frais couverts supplémentaires ci-après, sous réserve des restrictions et des clauses de la police : 1) appareil, fournitures et formation d'autogestion ambulatoire pour le diabète ; 2) phénylcétonurie (PKU), y compris les produits de nutrition entérale et les produits alimentaires spéciaux faisant partie d'un régime prescrit par un médecin ; 3) traitement d'une maladie mentale grave ; 4) anesthésie et frais d'installation lors de procédures dentaires dans certaines circonstances ; 5) soins préventifs pour des enfants âgés de 16 ans et moins et suivant les recommandations pour les soins pédiatriques préventifs (Preventive Pediatric Health Care), telles qu'adoptées par l'Académie américaine de pédiatrie (American Academy of Pediatrics) ; 6) mammographies ; 7) dépistage des cancers de la prostate, colorectaux et cervicaux et tests de dépistage du cancer généralement reconnus ; 8) dépistage, diagnostic et traitement du cancer du sein ; 9) deuxième avis demandé par une personne couverte ou par un médecin ; 10) participation au programme de dépistage par les marqueurs sériques ; 11) prothèses pour restaurer une méthode d'expression suite à une laryngectomie ; 12) diagnostic, prise en charge et traitement de l'ostéoporose ; 13) essais cliniques pour le cancer ; 14) Dépistage du VIH (un test maximum par année d'assurance) ; vaccin contre le sida ; 15) chirurgie réparatrice sous certaines conditions ; 16) services de télémédecine ; 17) contraceptifs ou appareils contraceptifs (s'il existe un avantage aux produits pharmaceutiques de prescription médicale) ; 18) traitement de conditions attribuables au diéthylstilbestrol ou exposition à celui-ci ; 19) traitement chirurgical nécessaire d'un point de vue médical pour des états qui ont une incidence directe sur les maxillaires supérieur ou inférieur ou sur les articulations osseuses associées ; et 20) services de maternité comme stipulés dans l'article 10123.87 (a) du Code de l'assurance californien. Pour en savoir plus, consultez la police enregistrée auprès de l'université.

DESCRIPTION DE LA COUVERTURE

Rente à vie maximale cumulée de 250 000 dollars par maladie ou dommage corporel, y compris le rapatriement et l'évacuation sanitaire.

Franchise de 75 dollars par dommage corporel ou par maladie par personne couverte. Il y a dérogation de franchise si l'étudiant assuré utilise en premier le centre médical étudiant de l'université agréé (le centre médical étudiant de l'UCLA à l'UCLA) ou si ce dernier l'oriente en premier. Cela ne s'applique pas aux personnes à charge.

FRAIS MEDICAUX RELATIFS A UNE MALADIE OU A DES DOMMAGES CORPORELS

Les frais couverts définis se limitent aux frais ci-après :

1. Honoraires pour le diagnostic et le traitement par un médecin qualifié tel que défini, ou par un personnel infirmier diplômé ;
2. Chambre d'hôpital et repas. Le remboursement sera limité aux tarifs normaux de l'hôpital pour une chambre semi-privée ;
3. Examens de laboratoire, diagnostiques et radiologiques ;
4. Médicaments sur ordonnance. Le remboursement des médicaments sur ordonnance d'un malade ambulatoire sera limité à la moitié du prix réel ;
5. Les frais et les fournitures habituellement prévus pour une interruption volontaire de grossesse seront limités à un plafond de 500 dollars ;
6. Les frais de location de matériel médical non consommable, ou l'achat de ce matériel, le moins cher étant à retenir ;
7. Service d'ambulance professionnel jusqu'à l'hôpital le plus proche ;
8. Réparation de dommages dentaires causés par un dommage couvert jusqu'à 100 dollars par dent et 500 dollars par dommage ;

9. Frais encourus pour le traitement de troubles mentaux ou nerveux*. Le remboursement des prestations est de : a) 50 % des frais encourus jusqu'à un plafond de 1 000 dollars par an par police pour un traitement ambulatoire ; ou b) 100 % des frais encourus pendant une période allant jusqu'à 10 jours consécutifs d'hospitalisation, ensuite 50 % jusqu'à un maximum de 35 jours supplémentaires ;
10. Réparation de lunettes, de lentilles de contact ou de prothèses auditives dès lors qu'elle est la conséquence directe d'un dommage couvert ; et
11. Services de rééducation nécessaires du point de vue médical pour restaurer des fonctions corporelles perdues suite à une maladie ou à un dommage corporel, limités à l'orthophonie, à l'ergothérapie et à la cardiothérapie.

*Les prestations pour troubles mentaux graves et troubles émotionnels aigus seront remboursées au même taux que toutes autres maladies : 1) schizophrénie ; 2) trouble schizoaffectif ; 3) trouble bipolaire (maladie maniaco-dépressive) ; 4) troubles dépressifs majeurs ; 5) panique ; 6) trouble obsessionnel compulsif ; 7) troubles globaux du développement ou autisme ; 8) anorexie nerveuse ; 9) boulimie nerveuse ; et 10) traitement d'un enfant : a) qui souffre d'un ou de plusieurs troubles mentaux identifiés dans la dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), autres qu'un trouble lié à l'utilisation de substances toxiques ou à un trouble du développement qui entraîne un comportement qui ne correspond pas à l'âge de l'enfant suivant les normes de développement attendues ; et b) qui remplit les critères énoncés au paragraphe (2) de la subdivision (a) de l'article 5600.3 du Welfare and Institutions Code.

FRAIS D'EVACUATION SANITAIRE

Lorsque, suite à une maladie ou à un dommage corporel, la personne couverte est hospitalisée, la compagnie paiera pour son évacuation vers son pays d'origine ou vers un établissement exploité conformément à la législation de son pays d'origine pour les soins et le traitement des blessés ou des malades, ou vers un autre établissement sanitaire situé aux États-Unis. Cette mesure doit être prise sur recommandation de l'administrateur des réclamations de la police et approuvée par le médecin traitant. La compagnie remboursera les frais effectivement encourus, qui ne dépasseront cependant pas 25 000 dollars ou la prestation cumulée maximale, le cas survenant en premier étant à retenir. L'évacuation sanitaire vers le pays d'origine mettra fin à toute couverture supplémentaire dans le cadre de la police.

FRAIS DE RAPATRIEMENT DU CORPS EN CAS DE DECES

Dans l'éventualité du décès de la personne couverte alors qu'elle est assurée par la police, la compagnie remboursera les frais effectivement encourus pour la préparation et le transport du corps à destination de son pays d'origine ou de résidence. Le cas échéant, cette mesure sera prise conformément aux règles internationales. La compagnie remboursera les frais effectifs, lesquels ne dépasseront pas 10 000 dollars ou la prestation cumulée maximale, le cas survenant en premier étant à retenir. Tous les frais doivent être approuvés par l'administrateur des réclamations de la police avant la préparation du corps pour le transport.

PRESTATIONS EN CAS DE DECES ET D'AMPUTATION ACCIDENTELS

Lorsque, suite à une blessure, la personne couverte subit l'une des pertes indiquées ci-dessous dans un délai de 365 jours à compter de la blessure, la compagnie remboursera la prestation applicable prévue pour la perte.

En cas de perte de :	Montant de la prestation
La vie	10 000 USD
Une main	5 000 USD
Un pied	5 000 USD
Une main ou un pied et la vue totale d'un œil	5 000 USD
Plus d'une des pertes ci-dessus suite à un accident	10 000 USD

Perte des mains et des pieds signifie la perte au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville. La perte des yeux signifie la perte totale et irréversible de la vue.

Seul l'un des montants mentionnés ci-dessus sera remboursé pour des dommages corporels suite à un accident. Le montant ainsi remboursé sera le montant le plus élevé applicable.

Restrictions et exclusions Décès et Amputation accidentels

Ces restrictions et ces exclusions s'ajoutent aux EXCLUSIONS GÉNÉRALES.

Cette disposition ne couvre pas la perte si elle est de quelque façon que ce soit la conséquence ou le résultat :

1. D'une maladie mentale ou physique ; d'un traitement médical ou chirurgical excepté le traitement qui est le résultat direct d'un acte chirurgical rendu exclusivement nécessaire par une blessure couverte par la police ; ou
2. D'une infection, à moins qu'elle ne soit exclusivement et indépendamment due à un accident couvert.

COUVERTURE EXCEDENTAIRE

La police de base prévoit des prestations conformément à l'ensemble de ses clauses dans la seule mesure où les prestations ne sont prévues par aucune autre assurance valide et recouvrable. Si la personne couverte est également couverte par une autre assurance valide et recouvrable, toutes les prestations remboursables par cette assurance qui dépassent 25 000 dollars seront calculées avant le

remboursement des prestations par la police de base. La police de base est le second payeur des services de santé à toute autre assurance au statut principal ou qui ne comporte aucune disposition de non-coordination et de non-reproduction de prestations.

Si la personne couverte est assurée par une assurance collective ou globale elle aussi excédentaire par rapport à l'autre assurance, ce plan remboursera un maximum de 50 % des prestations remboursables dans d'autres circonstances.

Les prestations remboursées par la police de base ne dépasseront pas : 1) le plafond de la police applicable ; et 2) 100 % des frais indemnifiables encourus lorsqu'ils sont combinés avec les prestations remboursées par toute autre assurance valide et recouvrable.

PROLONGATION DES PRESTATIONS AU TERME DE LA POLICE

La couverture prévue dans cette police cesse à la date de son expiration. Cependant, si une personne couverte encourt des frais médicaux dans un délai de 30 jours à compter de la date d'expiration suite à une blessure ou à une maladie pour laquelle des prestations ont été remboursées avant la date d'expiration, les frais couverts relatifs à cette maladie ou à cette blessure continueront d'être remboursés tant que son état restera le même, mais sans dépasser 13 semaines à compter de la date d'expiration. Après l'épuisement de la clause « Prolongation des prestations au terme de la police », toutes les prestations cessent d'exister et en aucun cas d'autres remboursements ne seront effectués.

Le total des remboursements effectués par rapport à la personne couverte dans ces conditions avant et après la date d'expiration ne dépassera jamais la prestation maximale. Si la personne couverte est également assurée par la police suivante délivrée au souscripteur, cette clause « Prolongation des prestations » ne s'appliquera pas.

Cette clause de prolongation des prestations ne s'applique que dans la mesure où la personne couverte ne sera pas couverte par cette police, ou par une autre police d'assurance santé pour étudiants pendant la période de couverture qui s'ensuit. Les personnes à charge nouvellement acquises durant la période de prolongation des prestations de l'étudiant assuré ne sont pas éligibles pour des prestations conformément à la présente clause.

NOMENCLATURE DES PRESTATIONS

Rente à vie maximale cumulée : 250 000 dollars (ou comme indiqué ci-dessous) pour chaque blessure ou maladie

Cependant, la rente à vie maximale cumulée pour les pertes subies ou contractées en raison de l'état d'ivresse de la personne couverte ou du recours à des substances réglementées (sauf si elles sont administrées sur le conseil d'un médecin) se monte à 10 000 dollars pour chaque blessure ou maladie.

Franchise : 75 dollars pour chaque maladie ou blessure

Il y a dérogation de franchise si l'étudiant assuré utilise en premier le centre médical étudiant de l'université agréé (le Centre médical étudiant de l'UCLA à l'UCLA) ou si ce dernier l'oriente en premier. Cela ne s'applique pas aux personnes à charge.

Après l'exécution de la franchise, les prestations seront remboursées à 100 % si un prestataire préféré (PPO) est utilisé ou à 50 % des frais courants, raisonnables et habituels si un prestataire non préféré (non PPO) est utilisé, à l'exception de ce qui est indiqué ci-dessous. Consultez la rubrique Prestataire préféré de la brochure (pages 2 et 3) pour en savoir plus et pour obtenir la liste des prestataires préférés.

Les prestations seront remboursées pour les frais couverts pour chacun des services mentionnés ci-dessous. Les frais couverts comprennent :

HOSPITALISATION

Frais d'hospitalisation au tarif de la journée pour une chambre semi-privée ; soins infirmiers généraux dispensés par l'hôpital ; aux fins du calcul du nombre de jours remboursables dans le cadre de la prestation, la date d'admission sera comptée, mais pas la date de sortie. Les frais d'hospitalisation divers, comme la salle d'opération, les analyses de laboratoire, les radiographies, l'anesthésie, les médicaments (à l'exception des médicaments à emporter) ou les traitements, les services thérapeutiques et les fournitures.

100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO

Honoraires du chirurgien, conformément aux données fournies par Ingenix

100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO

Chirurgien assistant

100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO

Anesthésiste

100 %

Services du personnel infirmier diplômé, soins infirmiers privés

100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO

Visites du médecin, limitées à une visite par jour ; ne s'applique pas quand il s'agit d'un acte chirurgical

100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO (100 % pour les frais des soins d'urgence)

Troubles nerveux et mentaux*	100 % des frais encourus jusqu'à 10 jours consécutifs, ensuite 50 % jusqu'à un maximum de 35 jours supplémentaires
MÉDECINE AMBULATOIRE	
Honoraires du chirurgien, conformément aux données fournies par Ingenix	100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO
Chirurgien assistant	100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO
Frais divers, analyses de laboratoire, radiographies, honoraires professionnels compris ; anesthésie, médicaments ou traitements et fournitures. Les frais courants, raisonnables et habituels pour les frais divers sont basés sur l'indice des prix des consultations externes de spécialités chirurgicales (Outpatient Surgical Facility Charge Index)	100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO
Anesthésiste	100 %
Visites du médecin, ne s'applique pas quand il s'agit d'une intervention chirurgicale ou une physiothérapie, mais comprend l'acupuncture	100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO (100 % pour les frais de soins d'urgence)
Physiothérapie, pour un seul état qui a exigé une intervention chirurgicale ou une hospitalisation : 1) dans un délai de 30 jours immédiatement antérieurs à la physiothérapie ; ou 2) dans un délai de 30 jours immédiatement postérieurs à l'autorisation de la rééducation par le médecin traitant.	100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO
Frais pour urgence médicale, utilisation du service des urgences et fournitures	100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO
Pharmacie	50 % des charges effectives
Troubles nerveux et mentaux*	50 % des frais encourus jusqu'à un plafond de 1 000 dollars par an de la police.
DIVERS	
Services d'ambulance jusqu'à l'hôpital le plus proche	100 % des frais courants, raisonnables et habituels
Prothèses orthopédiques et appareils, une ordonnance écrite doit accompagner la réclamation lors de sa soumission. Les prothèses orthopédiques et les appareils de remplacement ne sont pas couverts.	100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO
Équipements médicaux non consommables, frais de location ou achat de matériel, le moins cher étant à retenir	100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO
Traitement dentaire, si rendu nécessaire par des dommages aux dents	Frais courants, raisonnables et habituels jusqu'à 100 dollars par dent, 500 dollars par blessure
Alcoolisme/toxicomanie	Remboursé dans la catégorie Troubles mentaux et nerveux
Interruption volontaire de grossesse	Maximum de 500 dollars
Services de rééducation nécessaires du point de vue médical pour restaurer des fonctions corporelles perdues suite à une maladie ou à un dommage corporel, limités à l'orthophonie, à l'ergothérapie et à la cardiothérapie.	100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO
Réparation de lunettes, de lentilles de contact ou de prothèses auditives dès lors qu'elles sont la conséquence directe d'une blessure couverte	100 % pour PPO/50 % des frais courants, raisonnables et habituels pour les non PPO
*Les prestations pour troubles mentaux graves et troubles émotionnels aigus seront remboursées au même taux que toute autre maladie : 1) schizophrénie ; 2) trouble schizoaffectif ; 3) trouble bipolaire (maladie maniaco-dépressive) ; 4) troubles dépressifs majeurs ; 5) panique ; 6) trouble	

obsessif impulsif ; 7) troubles globaux du développement ou autisme ; 8) anorexie nerveuse ; 9) boulimie nerveuse ; et 10) traitement d'un enfant : a) qui souffre d'un ou de plusieurs troubles mentaux identifiés dans la dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), autres qu'un trouble lié à l'utilisation de substances toxiques ou à un trouble du développement qui entraîne un comportement qui ne correspond pas à l'âge de l'enfant suivant les normes de développement attendues ; et b) qui remplit les critères énoncés au paragraphe (2) de la subdivision (a) de l'article 5600.3 du Welfare and Institutions Code.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Aucune prestation ne sera remboursée pour les pertes ou les frais encourus suite à :

1. Des services et des fournitures en rapport avec les produits ou les services contre le tabagisme ;
2. Toute perte couverte par la loi fédérale ou d'État sur l'indemnisation des accidents du travail, la loi sur la responsabilité patronale, la loi sur les maladies professionnelles, ou d'autres lois ou règlements semblables ;
3. Rétroaction biologique ; services et fournitures en rapport avec la rétroaction biologique ;
4. États congénitaux, sauf lorsque spécifiquement prévus pour les nouveau-nés ou les enfants adoptés à charge ; circoncision ;
5. Procédures cosmétiques, sauf : a) chirurgie esthétique rendue nécessaire pour corriger un dommage corporel pour lequel des prestations sont remboursables conformément à cette police ; b) chirurgie réparatrice accessoire ou résultant d'un traumatisme, d'une infection, ou d'autres maladies de la partie concernée ; ou c) chirurgie réparatrice pour cause d'une maladie ou d'une malformation congénitale, prévue pour les nouveau-nés ; hirsutisme ; moles, lésions et verrues non malignes ;
6. Traitement dentaire, sauf si spécifiquement prévu dans la nomenclature des prestations ;
7. Chirurgie électorale et traitement électif, sauf lorsque nécessaire pour corriger une blessure pour laquelle des prestations sont remboursables conformément à la police (les traitements électifs comprennent, sans s'y limiter, les traitements expérimentaux et d'investigation, l'acné, les allergies et les tests allergologiques, les implants mammaires, la réduction mammaire, la circoncision, la déviation du septum nasal, à l'exception du traitement d'une sinusite purulente aiguë couverte, la gynécomastie, l'analgésie autocontrôlée, les troubles du sommeil, y compris les tests du sommeil et changement chirurgical de sexe ;
8. Verrues, moles et lésions non malignes ; le remplacement ou le retrait de pilosité ;
9. Blessure subie : a) durant une participation à un sport, à une compétition ou à un match interscolaire, interuniversitaire ou professionnel ; b) durant le voyage aller ou retour de la compétition, du sport ou du match en qualité de participant ; ou c) en participant à tout entraînement ou programme de préparation pour le sport, le match ou la compétition ;
10. Examens des yeux, prescriptions ou réglage de lunettes et pose de lentilles de contact, ou autre traitement de défauts ou de problèmes de vue, sauf si payables en tant que frais couverts liés à une maladie ou à une blessure couverte par la police ;
11. Examens auditifs ou prothèses auditives, ou autre traitement de défauts et de problèmes d'audition, sauf si remboursables en tant que frais couverts liés à une maladie ou à une blessure couverte par la police ;
12. Blessure volontaire délibérée, suicide ou toute tentative allant en ce sens ;
13. Services et fournitures pour des états liés à des troubles d'apprentissage ;
14. Bilans de santé, tests ou traitement préventif, examens de dépistage ou tests en l'absence de maladie ou de blessure, sauf si spécifiquement prévue dans la police ;
15. Greffes d'organe ;
16. Participation à une émeute ou à des troubles sociaux ; crime ou tentative de crime ;
17. Médicaments, sérums, vaccins, vitamines préventifs ;
18. Services de stérilité/reproduction, y compris, mais sans s'y limiter : test de fécondité ; stérilité (masculine ou féminine), y compris tous services ou fournitures pour les besoins ou une tentative d'induire une conception (des exemples de procédés de fécondation sont la fécondation in vitro, le transfert d'embryon ou des procédés similaires qui augmentent ou stimulent la capacité de reproduction) ; impuissance d'origine organique ou autre ; procédures de stérilisation ; ligature des trompes ; vasectomie ; changement chirurgical de sexe ;
19. Services et fournitures fournis habituellement à titre gracieux par l'infirmerie de l'université, par ses salariés ou ses médecins qui travaillent pour l'université ;
20. Malformations squelettiques d'un ou des deux maxillaires, y compris une pathologie de l'articulation temporomandibulaire, sauf pour son traitement chirurgical.
21. Parachutisme en chute libre, plongée sous-marine autonome, plongée, courses ou courses de vitesse, parachutisme ou bungee-jumping, deltaplane, vol en planeur, parapente, vol à voile, ou vol dans tout type d'aéronef, sauf en tant que passager d'un vol régulier d'une compagnie aérienne commerciale ;
22. Traitement dans un hôpital d'anciens-combattants ou dans un hôpital engagé ou exploité par un gouvernement national ou un de ses organismes, sauf :
 - a. Si les services sont dispensés dans une situation d'urgence ; et
 - b. S'il existe une responsabilité civile pour les frais engagés au nom d'une personne couverte pour les services dispensés en l'absence d'une assurance ;
23. Guerre ou tout acte de guerre, déclarée ou non, ou durant un engagement dans l'armée de tout pays ; et
24. Services de prise en charge de l'obésité et fournitures liées à un traitement de l'obésité.

TESTS DE GROSSESSE

Certains tests de grossesse effectués de façon routinière par des médecins peuvent ne pas être couverts par cette police. Adressez-vous au service des réclamations au 1-800-468-4343 pour en savoir plus.

DEFINITIONS

Les définitions importantes qui suivent s'appliquent à ce plan :

FRAIS COUVERTS désignent des frais :

1. qui ne dépassent pas des frais courants, raisonnables et habituels ;
2. qui ne dépassent pas le plafond de la prestation remboursable par service tel qu'indiqué dans les présentes ;
3. engagés pour des services et des fournitures médicaux non exclus par la police ; et
4. engagés pour des services et des fournitures nécessaires d'un point de vue médical.

FRANCHISE désigne le montant des frais couverts payés au nom d'une personne couverte avant que les prestations ne soient remboursables conformément à la police.

MÉDECIN désigne un praticien habilité à exercer la médecine dans les États où son diplôme est reconnu. Médecin ne comprend pas : 1) la personne assurée ; 2) le conjoint, la personne à charge, le père, la mère, un frère, une sœur de la personne assurée ; ou 3) une personne qui réside habituellement avec la personne assurée.

HÔPITAL désigne un établissement :

1. exploité suivant la législation ;
2. engagé essentiellement et continuellement dans la prestation de soins médicaux et de traitements au profit de personnes malades et blessées hospitalisées ;
3. Sous la supervision d'une équipe de médecins ;
4. Fournissant des services infirmiers 24 heures sur 24 sous la supervision d'un personnel infirmier diplômé ;
5. Disposant d'installations médicales, de diagnostic et de traitement, et pourvu d'installations chirurgicales majeures ;
 - a. Dans ses locaux ; ou
 - b. Disponibles suivant des accords fixés à l'avance ; et
6. Faisant payer pour ses services.

DOMMAGE CORPOREL désigne tout dommage corporel résultant d'un accident, directement et indépendamment d'une maladie ou d'une infirmité. Toutes les blessures subies par la même personne dans un même accident, y compris tous les états liés et les symptômes récurrents de blessures seront réputés être une blessure.

URGENCE MÉDICALE désigne la présence d'un état médical qui se manifeste par des symptômes aigus d'une gravité (y compris de fortes douleurs) telle qu'un profane prudent, disposant d'une connaissance moyenne de la santé et de la médecine, pourrait raisonnablement s'attendre, en l'absence de soins médicaux immédiats, aux conséquences suivantes :

1. Mettre en grand danger la santé d'une personne (dans le cas d'une femme enceinte, cela comprend la santé du bébé) ;
2. Graves dommages des fonctions corporelles ; ou
3. Dysfonctionnement grave de tout organe ou de toute partie du corps.

Les frais encourus pour une urgence médicale ne seront remboursés que dans le cas d'une maladie ou d'une blessure qui remplit les conditions ci-dessus. Ces frais ne seront pas remboursés dans les cas de maladies ou de blessures mineures.

NÉCESSAIRE D'UN POINT DE VUE MÉDICAL signifie les services ou les fournitures fournis ou prescrits par un hôpital ou par un médecin :

1. Essentiels en regard des symptômes et du diagnostic ou du traitement de la maladie ou de la blessure ;
2. Fournis pour le diagnostic ou les soins et le traitement directs de la maladie ou de la blessure ;
3. Conformément aux normes de la bonne pratique médicale ;
4. Non essentiellement pour le confort de la personne assurée ou pour celui du médecin de la personne assurée ; et
5. Qui sont la fourniture ou le niveau de service le plus adéquat pouvant être fourni.

MALADIE désigne un mal ou une maladie. La maladie comprend une grossesse normale et les complications d'une grossesse. Tous les états liés et les symptômes récurrents d'une maladie seront réputés être une maladie.

HABITUEL, RAISONNABLE ET COURANT signifie :

1. Les frais et les honoraires de services médicaux ou de fournitures dont le montant est le moindre entre :
 - a. Les honoraires habituels par le prestataire du service ou de la fourniture ; ou
 - b. Les honoraires moyens pour le service ou la fourniture dans le secteur où le service ou la fourniture est reçu(e) ; et
2. Le traitement et le service médical raisonnables par rapport aux services ou à la fourniture dispensés et la gravité de l'état.

PROCÉDURE DE LA RÉCLAMATION

1. Si possible, obtenez un traitement auprès du centre médical étudiant de l'université (centre médical étudiant de l'UCLA à l'UCLA). Les étudiants jouiront d'une dérogation de la franchise.

2. Dans l'éventualité d'une urgence médicale, appelez le 911 ou rendez-vous aux urgences de la clinique ou de l'hôpital le plus proche. Notez que le recours aux urgences d'une clinique plutôt qu'à celles d'un hôpital peut réduire vos menus frais. Pour connaître l'adresse d'une clinique qui dispense des soins d'urgence, visitez le site du FHN et sélectionnez « Facilities » dans la rubrique « Provider Type ». Sélectionnez ensuite « Urgent Care Clinic » dans la boîte « Facility Type ». Vous pouvez également obtenir une liste des cliniques qui dispensent des soins d'urgence auprès du centre médical étudiant. Ou faites-vous soigner par le médecin ou à l'hôpital le plus proche. Vous pouvez choisir n'importe quel médecin ou hôpital, mais consultez des médecins ou des hôpitaux disponibles à travers le First Health Network (PPO) pour réduire vos dépenses. Pour obtenir une liste complète des médecins et des établissements hospitaliers PPO, appelez le **1-800-226-5116** ou visitez **www.myfirsthealth.com**.
 3. Si vous vous rendez au cabinet d'un médecin ou dans un hôpital, assurez-vous de montrer votre carte d'assuré (jointe à cette brochure). Les personnes à charge couvertes par le plan ne reçoivent aucune carte d'assuré individuelle et peuvent utiliser celle de l'étudiant assuré pour se faire soigner. Si le médecin ou l'hôpital doit vérifier votre statut ou celui des personnes à votre charge, demandez-leur d'appeler Personal Insurance Administrators, Inc. au **1-800-468-4343**.
- Vous devez porter votre carte d'assuré sur vous en permanence.**
4. Envoyez toutes les factures détaillées et les autres frais à Personal Insurance Administrators, Inc. à l'adresse ci-dessous. Joignez toutes vos factures détaillées. N'oubliez pas d'indiquer votre numéro d'assurance collective (qui figure sur votre carte d'assuré).

Personal Insurance Administrators, Inc.

P.O. Box 6040

Agoura Hills, CA 91376-6040

Numéro vert : 1-800-468-4343

www.piaclaims.com

Une facture médicale détaillée est une liste des procédures ou des services accompagnée des frais liés de l'hôpital ou du cabinet du médecin.

LES FACTURES MÉDICALES DÉTAILLÉES DOIVENT ÊTRE REMISES À LA COMPAGNIE SOUS 90 JOURS À COMPTER DE LA DATE DE LA PERTE.

Conservez toujours pour vos dossiers une copie de tous les documents présentés pour les besoins d'une réclamation.

DROIT A UN EXAMEN EXTERNE

Vous avez le droit de solliciter un examen médical indépendant si des services de soins de santé vous ont été incorrectement refusés, s'ils ont souffert de modifications ou de retard.

PROGRAMME MEDEX

La description du Programme MEDEX qui suit a été incluse dans cette brochure au profit de l'étudiant et n'a absolument aucune incidence sur la couverture prévue dans le plan d'assurance santé pour étudiants décrit dans les présentes.

SERVICES D'AFFILIATION MEDEX

En tant qu'étudiant étranger participant à ce plan d'assurance santé pour étudiants, vous êtes automatiquement inscrit comme membre du programme MEDEX.

En votre qualité de participant, MEDEX vous fournit les services d'assistance raisonnablement demandés par un membre résidant en tant qu'expatrié et/ou en déplacement hors de son pays d'origine résultant directement de la demande par le membre de services médicaux d'urgence ou qui décède alors qu'il est membre. Toutes les évacuations, tous les retours dans le pays d'origine après la stabilisation et/ou le rapatriement du corps sont coordonnés et soumis à l'autorisation préalable de MEDEX et/ou de son Conseiller médical régional. Les services d'assistance comprennent :

Assistance mondiale 24 heures sur 24 (appel gratuit ou en PCV)

MEDEX est disponible en permanence pour apporter une assistance pour n'importe quel problème médical ou de voyage. Appelez le 1-800-527-0218 ou le +1-410-453-6330.

Évacuation sanitaire d'urgence

Si un membre est victime d'un accident ou souffre d'une maladie subite et imprévue qui demande des soins médicaux urgents et que des installations médicales adéquates ne sont pas disponibles, MEDEX coordonnera une évacuation sous contrôle médical jusqu'à l'établissement hospitalier le plus proche dont MEDEX estime qu'il est à même de dispenser les soins nécessaires.

Rapatriement du corps

MEDEX apportera son aide pour obtenir les autorisations nécessaires pour la crémation ou la préparation pour le retour du corps d'un membre du programme.

Médicaments, vaccins et transfusions sanguines d'urgence

Si la législation le permet, MEDEX coordonnera le transfert de médicaments, de vaccins ou de sang sur autorisation du médecin qui les prescrit. Le membre assumera les coûts de tout médicament, de tout vaccin ou sang ainsi que les frais de transport.

Assistance juridique

Si un membre a besoin d'une assistance juridique, MEDEX l'orientera vers un avocat et apportera son assistance pour obtenir des cautions ou d'autres instruments juridiques. Le membre assumera tous frais juridiques engagés.

Services de traduction

Les coordinateurs de l'assistance multilingue MEDEX sont disponibles pour fournir des services de traduction ou peuvent orienter le membre vers des interprètes locaux.

Dépôt auprès de l'hôpital et avance en espèces d'urgence

Après avoir obtenu le paiement par le membre ou avoir obtenu de lui une garantie de remboursement, MEDEX transférera des fonds ou garantira les dépôts exigés pour une hospitalisation d'urgence, ou bien organisera le transfert en espèces des fonds du membre. MEDEX ne sera pas responsable du remboursement des frais découlant de services médicaux d'urgence.

Transport pour rejoindre un membre infirme

Après une évacuation d'urgence coordonnée par MEDEX, si un membre est seul et hospitalisé plus de sept (7) jours, MEDEX peut organiser le voyage jusqu'au lieu de l'hospitalisation pour une seule personne désignée par le membre.

Orientations médicales mondiales 24 heures sur 24

MEDEX fournit une assistance 24 heures sur 24 pour trouver les soins médicaux adéquats. Les orientations médicales sont personnalisées en fonction de la spécialité requise, de l'endroit où se trouve le membre, des préférences linguistiques, de la période, etc.

Évaluation et suivi du traitement

Les services MEDEX comprennent l'accès aux conseillers médicaux régionaux qui consultent en permanence les médecins traitants et évaluent la qualité des soins et des plans de traitement pour les membres inscrits. L'évaluation et le suivi commencent au premier appel fait à MEDEX et se poursuivent durant la période de rétablissement.

Assistance apportée à la coordination de la réhabilitation après une évacuation

MEDEX aide les membres à coordonner tous les besoins de réhabilitation qui font suite à une évacuation.

Transmission de messages urgents aux membres de la famille

MEDEX peut recevoir et transmettre des messages urgents entre le membre ou sa famille et d'autres personnes concernées.

Arrangement pour le remplacement de médicaments et de lunettes

MEDEX aide à obtenir le remplacement rapide des lunettes et des ordonnances du membre perdues, volées, égarées ou épuisées.

Un appel gratuit ou en PCV vous met immédiatement en contact avec les coordinateurs multilingues et très qualifiés de MEDEX, 24 heures sur 24, 365 jours sur 365. Appelez le :

1-800-527-0218 ou +1-410-453-6330
Numéro du Programme : 995

COUVERTURE OPHTALMIQUE

La description qui suit du programme de réseau de soins ophtalmiques (Eye Care Network Program) a été inscrite dans cette brochure au profit de l'étudiant. La couverture ophtalmique n'est en aucun cas liée aux prestations, aux restrictions et aux exclusions et n'a absolument aucune incidence sur la couverture prévue dans le plan d'assurance santé et dommages corporels pour étudiants décrit dans les présentes.

Dans le cadre de ce plan, la personne couverte a accès au programme ophtalmique à prix réduit (Discount Vision Program) offert par le réseau de soins ophtalmiques (The Eye Care Network). Ce programme permet à la personne couverte de bénéficier d'une remise de 20 % sur les frais habituels auprès d'un prestataire membre du réseau. La remise de 20 % s'applique aux frais éligibles suivants : examens oculaires de routine, verres, montures, lentilles de contact, plus des produits cosmétiques, comme les teintés, les revêtements et les lentilles photochromiques. La remise ne s'applique pas aux lentilles de contact jetables ou de remplacement, aux offres promotionnelles ou au traitement médical/chirurgical des yeux. Pour bénéficier de la remise de 20 %, la personne couverte doit présenter sa carte d'assuré à n'importe quel prestataire qui participe au programme ophtalmique à prix réduit (Discount Vision Program) au moment du service. Pour connaître l'adresse d'un prestataire participant, appelez le **1-800-793-9288** ou visitez **www.ecndiscount.com**. Seuls les prestataires inscrits sur la liste du programme ophtalmique à prix réduit offriront la remise de 20 %.

CERTIFICATION DE QUALIFICATION DE COUVERTURE DE PLAN D'ASSURANCE SANTE

Si une personne couverte cesse d'être éligible à une assurance conformément au plan, elle doit demander une certification de qualification de couverture de plan d'assurance santé (Certification of Qualifying Health Plan Coverage) auprès de Renaissance Agencies, Inc. Cette demande peut se faire par écrit ou par téléphone. La demande doit inclure le nom de l'établissement universitaire ainsi que le nom de chaque personne qui n'est plus éligible pour être assurée par le plan.

DECLARATION AUTORISEE

Conformément aux règlements et aux normes fédéraux et d'État, nous ne divulguons aucune information individuelle sans y être autorisés. Cela comprend les divulgations auprès des membres de la famille pour les personnes assurées qui sont devenues majeures.

Si la personne couverte souhaite autoriser une tierce partie additionnelle à agir comme son représentant personnel dans les questions relevant de ce plan d'assurance, nous devons recevoir un formulaire d'autorisation dûment rempli. Pour obtenir un formulaire, adressez-vous à Renaissance Agencies, Inc. à l'adresse ci-dessous ou remplissez un formulaire électronique à : www.renstudent.com

SOMMAIRE DE LA POLITIQUE DE CONFIDENTIALITE

Nous croyons fermement au respect de la confidentialité des informations individuelles que nous obtenons et/ou recevons concernant les personnes couvertes et nous nous engageons à la protéger. Nous ne divulguons à personne aucune information non publique concernant les personnes couvertes, sauf si la législation l'autorise ou l'impose. Nous ne vendons ni ne divulguons les informations personnelles des personnes couvertes à personne à des fins qui ne se rattachent pas à nos produits et à nos services. Nous disposons de moyens de contrôle physiques, électroniques et de procédure qui respectent la réglementation fédérale et d'État destinée à protéger les informations concernant les personnes couvertes contre toute divulgation non autorisée. Nous pouvons divulguer toutes informations que nous estimons nécessaires pour exercer notre activité comme la législation l'exige. Les personnes couvertes ont le droit d'accès, de révision et de correction de toutes les informations personnelles recueillies. Les personnes couvertes peuvent réviser cette politique de protection des informations dans son intégralité, ou les Politiques de confidentialité d'autres entités qui traitent la police en écrivant à l'adresse ci-dessous ou en visitant le site mentionné ci-après. Les personnes couvertes peuvent également présenter par écrit une demande, de révision des informations à l'adresse suivante :

Renaissance Agencies, Inc.
Attention Privacy Manager
P.O. Box 2300
Santa Monica, CA 90407-2300
Téléphone : (800) 537-1777
Télécopieur : +1-(310) 394-0142
Site Internet : www.renstudent.com

Pour toutes questions concernant les prestations ou les réclamations :

Personal Insurance Administrators, Inc.
P.O. Box 6040
Agoura Hills, CA 91376-6040
1-800-468-4343
www.piaclaims.com

Pour les questions concernant l'éligibilité ou l'inscription :

Renaissance Agencies, Inc.
P.O. Box 2300
Santa Monica, CA 90407-2300
1-800-537-1777
No de la licence californienne : 0697235

Pour télécharger des brochures (y compris les versions en langue étrangère) ou des cartes d'assuré, rendez-vous à :
www.renstudent.com

**Les versions traduites de la brochure sont disponibles en :
chinois, français, japonais, coréen, portugais, espagnol et turc.**

En cas de divergence entre la version anglaise de la brochure et sa traduction, la version anglaise prévaudra.

Pour l'assistance médicale d'urgence ou de voyage, appelez :

MEDEX
1-800-527-0218 ou +1-410-453-6330
No du programme : 995

Cette brochure décrit vos prestations conformément au plan d'assurance parrainé par votre établissement universitaire. Ce n'est pas un contrat d'assurance. Votre couverture est régie par une police d'assurance santé et dommages corporels globale souscrite par la United States Fire Insurance Company. À titre de preuve de votre couverture, une police d'assurance a été déposée auprès de votre établissement universitaire et elle contient les prestations et les dispositions qui s'appliquent au plan d'assurance parrainé par votre établissement universitaire. En cas de divergence entre cette brochure et la police, la police prévaudra. Conservez cette brochure pour de futures consultations.

En cas de divergence entre la version anglaise de la brochure et sa traduction, la version anglaise prévaudra.