

2010
Plano
de Seguro-Saúde
e de
Acidentes
para
Estudantes

projetado para os alunos da

Universidade da Califórnia

Curso de extensão

de língua inglesa e programas internacionais de educação

firmado pela

United States Fire Insurance Company

da Fairmont Specialty, divisão da Crum & Forster

QUALIFICAÇÃO

Um estudante, professor visitante, pesquisador ou outro estrangeiro com um passaporte válido ou visto de estudante (p.ex., visto F-1, J-1, M-1 ou B-1/B-2), residindo temporariamente fora de seu país natal e que não tenha status de residente permanente, mas esteja envolvido em atividades educacionais em tempo integral na sua Universidade é obrigado a ter um seguro nos termos desta Apólice. Os estudantes em formação prática opcional (OPT, *Optional Practical Training*) também podem ser segurados nos termos desta Apólice, contanto que: 1) a OPT do estudante seja imediatamente subsequente ao curso; e 2) a OPT do estudante não tenha duração superior a doze meses. A universidade pode conceder uma dispensa às pessoas que já estejam cobertas por outros seguros patrocinados por governos ou embaixadas. Contate o Departamento de Estudantes Estrangeiros (*International Student Office*) para saber mais detalhes.

Para ser Segurado nos termos desta Apólice, o estudante precisa ter pagado o prêmio obrigatório e ter o nome, número de estudante e data de nascimento incluídos na declaração feita pela Universidade ou pelo Agente Administrativo à Seguradora. Os estudantes devem participar ativamente dos cursos pelo menos nos primeiros 31 dias do período para o qual a cobertura estiver sendo adquirida, ou todo o período para o qual a cobertura estiver sendo adquirida, o que for menor, exceto em caso de licença médica.

Os estudantes qualificados que se inscreverem poderão segurar também os seus dependentes. Considera-se como dependente qualificado do estudante: 1) o cônjuge legalmente casado que resida com o estudante; ou 2) o filho menor de 19 anos (ou 25, se for estudante em tempo integral) que seja econômica e materialmente dependente do estudante.

Na ausência de outras coberturas, os dependentes do estudante segurado devem ser inscritos em até 31 dias após a data de aquisição, chegada aos Estados Unidos ou término da outra cobertura. Em nenhuma hipótese a cobertura dos dependentes será estendida para além da data de expiração da cobertura do estudante segurado sob cuja qualificação tais dependentes estiverem inscritos.

Se um estudante segurado tiver um filho, a criança estará coberta pelo plano nos primeiros 31 dias após: 1) a data de nascimento da criança recém-nascida; 2) a data efetiva da adoção da criança pelo segurado; ou 3) a data da doação para adoção da criança pelo estudante. A cobertura para esse filho incluirá defeitos congênitos diagnosticados por um médico, anormalidades do parto, prematuridade e berçário.

O estudante segurado terá o direito de continuar a cobertura da criança após os primeiros 31 dias. Para continuar a cobertura, o estudante segurado deve, em até 31 dias após o nascimento, adoção ou doação para adoção: 1) apresentar um formulário de inscrição preenchido; e 2) pagar o prêmio adicional obrigatório para a continuação da cobertura.

Caso o estudante segurado não exerça este direito do modo descrito aqui, toda a cobertura relativa a essa criança será encerrada no final dos 31 dias após o nascimento, a adoção ou a doação para adoção da criança.

A Empresa reserva-se o direito de investigar a situação do estudante (e dos dependentes) e os registros de comparecimento aos cursos, para verificar se foram cumpridos os requisitos de qualificação da apólice. Se e sempre que a Empresa descobrir que os requisitos de qualificação da apólice não foram cumpridos, terá unicamente a obrigação de restituir o prêmio pago, descontadas quaisquer indenizações pagas.

DATAS DE EFETIVIDADE E DE TÉRMINO

A cobertura terá início, se os requisitos de qualificação forem cumpridos, à 00:01 da data que ocorrer mais tarde: 1) a data efetiva da apólice (31/12/09); 2) a data efetiva relatada como período da cobertura pela Universidade ou pelo administrador do plano; ou 3) o dia imediatamente seguinte à data em que a totalidade do prêmio e a solicitação preenchida forem recebidos pelo administrador do plano, pela Universidade ou pelo representante do administrador do plano.

Além disso, a cobertura para estudantes ou pesquisadores estrangeiros terá início à 00:01 da data em que o Segurado sair do seu país de origem ou país de domicílio regular, se:

1. o Segurado estiver viajando diretamente para o programa patrocinado pela Universidade; e
2. tal viagem começar em até 72 horas da data efetiva da cobertura para o período então corrente pelo qual foi pago o prêmio; e
3. a viagem for feita diretamente do país de domicílio regular para o campus; e
4. a viagem não durar mais de 48 horas.

A cobertura terminará à 00:01 da data que ocorrer antes: 1) o último dia pelo qual foi pago o prêmio; 2) a data em que o Segurado deixar de se qualificar para este seguro; 3) a data em que terminar a cobertura nos termos da Apólice (31/12/10); 4) o último dia do período pelo qual o prêmio tiver sido pago, em seguida à data em que o dependente deixar de ser dependente do modo descrito neste instrumento; ou 5) a data em que o Segurado entrar no serviço militar, caso em que um reembolso pro-rata será pago ao Segurado. Os reembolsos de prêmios só serão admitidos no caso de entrada para o serviço militar.

Os critérios de qualificação deverão ser cumpridos a cada vez que o prêmio for pago para renovar a cobertura.

PRESTADORES DE SERVIÇO PREFERENCIAIS (PPO, *PREFERRED PROVIDERS*)

Comunicamos que os Prestadores de Serviço Preferenciais (PPO) deste plano mudaram. Antes de procurar tratamento, confirme se o seu médico é membro da nova rede, caso contrário, terá de pagar um valor de co-seguro mais alto.

Este plano incorporou à cobertura acesso aos Prestadores de Serviço Preferenciais (PPO) da Rede de Assistência Comunitária (FHN, *First Health Network*). Os prestadores de serviço preferenciais são médicos, hospitais e outros profissionais de saúde contratados para dar assistência médica a preços negociados. A apólice permite o mais alto nível de atendimento pelos PPOs da FHN. Portanto, os Segurados obterão o máximo de poupança usando os PPOs da FHN.

O acesso à rede oferece reembolso de 100% em todo o país para as despesas cobertas incorridas aos preços dos PPOs referentes a lesões ou doenças quando atendido por prestadores de serviço da rede. Os reembolsos são oferecidos em todo o mundo para despesas cobertas incorridas a 50% dos preços normais, razoáveis e costumeiros (Usual, Reasonable and Customary, URC) quando o tratamento for feito por prestadores fora da rede, **exceto o tratamento dos seguintes serviços fornecidos por um prestador fora da rede, que serão reembolsados em 100% dos preços URC, quando recebidos em um local da rede: cobranças do médico para paciente internado, serviços de radiologia (inclusive cobranças de radiologia em sala de emergência e paciente não internado) e cobranças de radioterapia.** Além disso, as despesas cobertas incorridas devido a uma emergência médica serão pagas 100% e, se não houver disponibilidade de um prestador de serviço preferencial na sua área (no raio de 40 km), os benefícios serão pagos 100% mesmo para um prestador de serviço que não for PPO. Caso contrário, se for utilizada uma instituição ou profissional de saúde que não for PPO, será aplicado um fator de cosseguro de 50%, pelo qual o segurado é responsável. Após ser subtraído o desconto de PPO da conta do hospital, todas as despesas que excederem o pagamento do seguro serão de responsabilidade do segurado.

Observe que procurar uma clínica de urgência em lugar do pronto-socorro de um hospital poderá reduzir o desembolso do Segurado. As clínicas de urgência oferecem assistência médica para cuidar de pequenos ferimentos ou doenças de pouca importância quando for necessária assistência imediata. Para localizar uma clínica de urgência, acesse o site da FHN e, em Provider Type (Tipo de Provedor), escolha "Facilities" (Instituições). A seguir, selecione Urgent Care Clinic (Clínica de urgência) na caixa Facility Type (Tipo de Instituição). Uma lista de clínicas que atendem urgências médicas pode também estar disponível no Centro de Saúde Estudantil (*Student Health Center*).

Independentemente do prestador de serviço de saúde utilizado, o Segurado será responsável pelo pagamento da Quantia Franqueada e nenhum benefício será pago antes que esta tenha sido paga.

Encontra-se abaixo uma lista parcial dos hospitais da FHN. Para obter uma lista completa de hospitais e consultórios dos PPOs, ligue para **1-800-226-5116** ou acesse o site **www.myfirsthealth.com**.

Caso um Segurado esteja sendo tratado por um PPO para uma crise aguda de uma condição crônica grave, gravidez, parto ou doença terminal e o contrato desse PPO terminar, o Segurado pode estar qualificado, em certas condições, para continuar o tratamento com o PPO a preços de PPO. Contate o administrador de reembolsos para obter mais detalhes.

Não se esqueça de que o fato de o Segurado ser tratado em um hospital da rede preferencial não significa que todos os prestadores de serviço desse hospital sejam filiados à rede FHN. Além disso, caso o Segurado seja enviado por um PPO a outro profissional ou instituição, isto não quer dizer que o profissional ou a instituição para a qual o segurado for enviado faça parte da rede preferencial.

CENTRO DE SAÚDE ESTUDANTIL (*STUDENT HEALTH CENTER*) DA UNIVERSIDADE

Recomenda-se enfaticamente aos estudantes segurados que se consultem com o Student Health Center da universidade antes de incorrerem em despesas médicas ambulatoriais fora do campus. Centro médico da Universidade da Califórnia (UCLA Medical Center) para estudantes da UCLA. A Quantia Franqueada não será aplicada caso o estudante utilize e/ou seja recomendado antes pelo Student Health Center da universidade (isto não se aplica aos dependentes).

IMPORTANTE

Um fator de contenção de custos foi incorporado ao Plano para manter os custos de assistência o tão baixos quanto seja possível sem deixar de oferecer os melhores benefícios. Isto implica que o Segurado e o seu médico ou hospital devem obter uma pré-certificação para todas as internações programadas, não urgentes.

Certificação de pré-admissão

Todas as internações precisam ser certificadas.

O Segurado deve avisar o médico sobre os requisitos de pré-certificação deste plano:

1. Pré-certificação de internações programadas, não urgentes: o paciente, o médico ou o hospital devem ligar para 1-800-468-4343 pelo menos cinco (5) dias antes da internação.
2. Notificação de internações médicas de emergência: o paciente, seu representante, médico ou hospital devem ligar para o número 1-800-468-4343 em até 2 (dois) dias úteis a contar da internação.

IMPORTANTE: A pré-certificação não constitui garantia de pagamento de benefícios.

DESCRIÇÃO DA COBERTURA

Benefício máximo agregado vitalício de US\$ 250.000 por Lesão ou Doença, inclusive Repatriação e Evacuação médica.

US\$ 75 de Quantia Franqueada por Lesão ou Doença por Segurado. A Quantia Franqueada não será aplicada caso o estudante utilize e/ou seja recomendado antes pelo Student Health Center da universidade [Centro médico da Universidade da Califórnia (UCLA Medical Center) para estudantes da UCLA]. Isto não se aplica aos dependentes.

DESPESAS MÉDICAS COM LESÕES E DOENÇAS

Conforme a definição, as Despesas Cobertas ficam limitadas às seguintes:

1. Taxas por diagnóstico e tratamento cobradas por um médico legalmente habilitado, conforme definição, ou enfermeiro registrado;
2. Despesas com acomodação e alimentação hospitalar. Os pagamentos serão limitados à taxa normal do hospital relativa a acomodações semi-privadas;
3. Exames laboratoriais, diagnósticos e de raio x;
4. Drogas e medicamentos com prescrição médica. O pagamento relativo a drogas com prescrição para pacientes ambulatoriais será restrito a 50% da despesa efetiva;
5. Despesas e materiais normalmente oferecidos para uma interrupção espontânea de gravidez até o máximo de US\$ 500;
6. Despesas de locação de equipamentos médicos duráveis, ou da compra dos referidos equipamentos, prevalecendo o valor menor;
7. Serviço de ambulância profissional até o hospital mais próximo;
8. Reparo de lesões nos dentes causadas por uma Lesão coberta até o máximo de US\$ 100 por dente e US\$ 500 por Lesão;
9. Despesas realizadas com o tratamento de distúrbios mentais ou nervosos*. Os benefícios são pagáveis da seguinte maneira: a) 50% das despesas assumidas até o máximo de US\$ 1.000 por ano da apólice no caso de tratamento ambulatorial; ou b) 100% das despesas realizadas até 10 dias consecutivos em caráter de internação, com 50% a partir daí até o máximo de 35 dias adicionais;
10. Reparo de óculos de grau, lentes de contato ou aparelhos auditivos quando necessário como resultado direto de uma Lesão coberta; e
11. Serviços de reabilitação médica necessários para restaurar funções corporais perdidas em decorrência de Doença ou Lesão coberta, limitados à terapias da fala, ocupacional e cardíaca.

* Os seguintes Males Mentais Graves e Distúrbios Emocionais Importantes terão benefícios igualmente pagos como os de qualquer outra Doença: 1) esquizofrenia 2) transtorno esquizoafetivo; 3) distúrbio bipolar (maníaco-depressivo); 4) distúrbios depressivos importantes; 5) síndrome do pânico; 6) transtorno obsessivo compulsivo; 7) perturbação pervasiva do desenvolvimento ou autismo; 8) anorexia nervosa; 9) bulimia nervosa; e 10) tratamento de criança que: a) esteja sofrendo de um ou mais distúrbios mentais descritos na mais recente edição do Manual Estatístico e de Diagnóstico dos Distúrbios Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders), exceto se se tratar de distúrbio primário por uso de substância ou de desenvolvimento, que resulte em comportamento inadequado à idade da criança de acordo com as normas de desenvolvimento esperadas; e b) atenda os critérios do parágrafo (2) da subdivisão (a) da Seção 5600.3 do Código de Instituições e de Assistência (*Welfare and Institutions Code*).

BENEFÍCIOS MÉDICOS ADICIONAIS

Os benefícios serão pagos para as seguintes Despesas Cobertas adicionais, desde que sujeitos aos limites e às disposições da apólice: 1) equipamentos, suprimentos e treinamento ambulatorial de auto-administração de diabetes; 2) fenilcetonúria (PKU), inclusive fórmulas enterais e produtos alimentícios especiais, desde que pertencentes à dieta prescrita por médico; 3) tratamento de distúrbios mentais graves; 4) anestesia e despesas hospitalares com procedimentos odontológicos em determinadas circunstâncias; 5) tratamento preventivo de jovens até 16 anos de idade, de acordo com as recomendações de assistência médica pediátrica preventiva, como adotado pela American Academy of Pediatrics (Academia Americana de Pediatria); 6) mamografias; 7) exames de câncer da próstata, colorretal e cervical e também exames médicos de detecção de câncer geralmente aceitos; 8) detecção, diagnóstico e tratamento de câncer de mama; 9) despesas com segunda opinião solicitada por um segurado ou o seu médico; 10) participação no programa de alfafetoproteína estendida (AFP); 11) prótese para recuperação de sistema de fala após laringectomia; 12) diagnóstico, tratamento e acompanhamento de osteoporose; 13) testes clínicos de câncer; 14) Teste de HIV (até um teste por ano da apólice); vacina para a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS); 15) cirurgia de reconstrução em determinadas circunstâncias; 16) serviços de atendimento médico remoto (telemedicina); 17) prescrição de medicamentos ou dispositivos contraceptivos (se houver benefício na prescrição do medicamento); 18) tratamento de condições atribuíveis ao dietilestilbestrol ou exposição ao dietilestilbestrol; 19) tratamento cirúrgico necessário conforme laudo médico para condições que afete diretamente os maxilares inferior ou superior, ou articulações associadas; e 20) atendimento em maternidade conforme disposto pela seção 10123.87 (a) do CA Insurance Code (Código de seguro da Califórnia). Consulte a Apólice em arquivo na Universidade para obter mais detalhes.

DESPESA COM EVACUAÇÃO MÉDICA

Quando, em decorrência de Lesão ou Doença, o Segurado for hospitalizado, a Empresa pagará pela remoção para seu país natal ou para uma instituição operada de acordo com a lei de seu país natal que vise o cuidado ou tratamento de pessoas lesionadas ou adoentadas, ou para outra instituição médica nos EUA. Tal ação precisa ser realizada mediante a recomendação do Administrador de Reembolsos da Apólice e aprovação do médico encarregado. A Empresa pagará a despesa efetiva realizada, porém sem exceder US\$ 25.000 ou o Benefício agregado máximo da Apólice, prevalecendo o que ocorrer primeiro. A remoção médica para o país natal terminará quaisquer coberturas adicionais nos termos desta Apólice.

DESPESA COM REPATRIAÇÃO DE RESTOS MORTAIS

No caso de óbito do Segurado durante a cobertura da Apólice, a Empresa pagará a despesa efetiva realizada para o preparo e transporte dos restos de volta para seu país natal ou de domicílio normal. Se aplicável, tal ação se dará de acordo com as exigências internacionais. A Empresa pagará as despesas efetivas realizadas, porém sem exceder US\$ 10.000 ou o Benefício agregado máximo da Apólice, prevalecendo o que ocorrer primeiro. Todas as despesas precisam ser aprovadas pelo Administrador de Reembolsos da Apólice antes do preparo dos restos mortais para o transporte.

BENEFÍCIOS POR MORTE ACIDENTAL E DESMEMBRAMENTO

Se, em decorrência de uma Lesão, o Segurado sofrer uma perda, conforme descrito abaixo, dentro de 365 dias da referida Lesão, a Empresa pagará o benefício aplicável relativo à perda.

Para a perda de:	Valor do benefício
Vida	US\$ 10.000
Uma mão	US\$ 5.000
Um pé	US\$ 5.000
Uma mão ou um pé e a totalidade da visão de um olho.....	US\$ 5.000
Mais de uma das perdas acima em decorrência de acidente	US\$ 10.000

Entende-se por perda das mãos e dos pés a perda no pulso ou na articulação do tornozelo ou acima . Entende-se por perda dos olhos a perda total irreversível da totalidade da visão.

Somente um dos valores citados acima será pago por Lesões provocadas por quaisquer dos acidentes. O valor pago nesses termos deverá ser o maior valor aplicável.

Limitações e exclusões de morte acidental e desmembramento

Tais limitações e exclusões constituem um acréscimo às EXCLUSÕES GERAIS.

Essa disposição não abrange a perda caso de alguma forma resulte de, seja causada ou contribuída por:

1. Doença física ou mental; tratamento médico ou cirúrgico, exceto o tratamento que resulte diretamente de intervenção cirúrgica cuja necessidade tenha sido provocada exclusivamente por uma Lesão prevista pela Apólice; ou
2. Uma infecção, a menos que seja causada exclusiva e independentemente por um acidente abrangido.

COBERTURA EM EXCESSO

A Apólice Mestra prevê benefícios em conformidade com todas as suas disposições somente na medida em que tais benefícios não sejam oferecidos por quaisquer outros seguros válidos e cobráveis. Caso o Segurado esteja abrangido por outro seguro válido e cobrável, todos os benefícios acima de US\$ 25.000 pagáveis pelo referido seguro serão determinados antes do pagamento de benefícios pela Apólice Mestra. A Apólice Mestra constitui o segundo pagador em relação a quaisquer outros seguros que gozem de prioridade ou ausência de coordenação ou não duplicação da oferta de benefícios.

Se o Segurado tiver contratado um seguro em grupo ou um seguro abrangente que, também, exceda a outra cobertura, este plano pagará o máximo de 50% dos benefícios que seriam pagos de outra forma.

Os benefícios pagos pela Apólice Mestra não excederão: 1) quaisquer tetos da Apólice aplicáveis e 2) 100% das despesas indenizáveis realizadas quando combinadas com benefícios pagos por quaisquer outros seguros válidos e cobráveis.

EXTENSÃO DE BENEFÍCIOS APÓS O TÉRMINO

A cobertura prevista nesta apólice cessa na Data de término. Entretanto, se um Segurado realizar despesas médicas dentro de 30 dias a contar da Data de término em decorrência de Lesão ou Doença para a qual foram pagos benefícios antes da Data de término, as Despesas Cobertas da referida Lesão ou Doença continuarão a ser pagas, contanto que o problema persista, sem exceder 13 semanas após a Data de término. Após a exaustão da disposição "Extensão de benefícios após o término", todos os benefícios deixam de existir e em hipótese alguma serão feitos pagamentos adicionais.

O total de pagamentos efetuados em relação ao referido problema do Segurado antes e após a Data de término em momento algum excederá o teto do benefício. Se o Segurado também tiver cobertura da apólice sucessiva emitida ao detentor da apólice, a disposição "Extensão de benefícios" não será aplicada.

Essa disposição é aplicável somente na medida em que o Segurado não seja abrangido por essa ou qualquer outra apólice de seguro de saúde estudantil no termo de cobertura decorrente. Os dependentes recém-adquiridos durante o período da Extensão de benefícios do estudante segurado não terão direito aos benefícios previstos nesta disposição.

PLANO DE BENEFÍCIOS

Até US\$ 250.000 de Benefício máximo agregado vitalício (ou conforme especificação abaixo) para cada Lesão ou Doença

No entanto, o benefício máximo agregado vitalício por perda mantida ou contraída resultante de o segurado ser intoxicado ou estar sob a influência de alguma substância controlada (a menos que administrada segundo orientação médica) é de US\$10.000 para cada lesão ou doença.

US\$ 75 de Quantia Franqueada para cada Lesão ou Doença

A Quantia Franqueada não será aplicada caso o estudante utilize e/ou seja recomendado antes pelo Student Health Center da universidade (isto não se aplica aos dependentes). Centro médico da Universidade da Califórnia (UCLA Medical Center) para estudantes da UCLA.

Após a satisfação da Quantia Franqueada, os benefícios serão pagos a 100% se um Prestador de serviços preferencial (PPO) for utilizado, ou 50% da URC se um Prestador de serviços não-preferencial (não PPO) for utilizado, à exceção do especificado abaixo. Consulte a seção Prestador de serviços preferencial da brochura (páginas 2 a 3) para obter informações adicionais e uma listagem dos Prestadores de serviços preferenciais.

Os benefícios das Despesas Cobertas serão pagos para cada serviço conforme a lista abaixo. As Despesas Cobertas incluem:

INTERNAÇÃO

Despesas hospitalares, diária de quarto semi-privado; serviço de enfermagem geral prestado pelo hospital;

No cômputo do número de dias a serem pagos como parte deste benefício, a data da internação

será contada, mas não a data da alta. Despesas hospitalares diversas

como o custo da sala de cirurgia, testes laboratoriais, exames de raio x,

anestesia, drogas (excluídas drogas para uso doméstico) ou medicamentos,

serviços terapêuticos e materiais.100% para PPO/50% de URC para não PPO

Honorários de cirurgião, de acordo com os dados fornecidos pela Ingenix... 100% para PPO/50% de URC para não PPO

Cirurgião assistente 100% para PPO/50% de URC para não PPO

Anestesiista 100%

Serviços de enfermeiro credenciado, serviço de enfermeiro particular..... 100% para PPO/50% de URC para não PPO

Visitas médicas, limitado a uma visita por dia,

não se aplica quando relativo à cirurgia 100% para PPO/50% de URC para não PPO

(100% de despesas com atendimento médico emergencial)

Distúrbios nervosos e mentais* 100% das despesas incorridas até 10 dias contínuos, depois, 50% até mais 35 dias adicionais no máximo

PACIENTE DE AMBULATÓRIO

Honorários de cirurgião, de acordo com os dados fornecidos pela Ingenix... 100% para PPO/50% de URC para não PPO

Cirurgião assistente 100% para PPO/50% de URC para não PPO

Despesas diversas, exames de laboratório e de raios X,

inclusive honorários profissionais;

anestesia, drogas ou remédios; e suprimentos.

Os preços Normais, Razoáveis e Costumeiros relativos às despesas

diversas baseiam-se no

Índice de Preços de Instalações Cirúrgicas Ambulatoriais 100% para PPO/50% de URC para não PPO

Anestesiista 100%

Visitas Médicas, não se aplica quando

relacionadas a cirurgia ou fisioterapia, mas inclui acupunturista 100% para PPO/50% de URC para não PPO

(100% de despesas com atendimento médico emergencial)

Fisioterapia, apenas para condição que tenha exigido cirurgia ou internação

hospitalar: 1) período de 30 dias imediatamente precedente

a essa fisioterapia; ou 2) período de 30 dias

imediatamente seguinte à alta do médico atendente para reabilitação 100% para PPO/50% de URC para não PPO

Despesas médicas de emergência, uso de pronto-socorro e suprimentos... 100% para PPO/50% de URC para não PPO

Prescrições 50% dos preços reais

Distúrbios Nervosos e Mentais* 50% das despesas incorridas até o valor máximo de US\$ 1.000 por ano da apólice

OUTROS

Serviços de ambulância até o hospital mais próximo 100% do URC

Aparelhos ortodônticos e outros, uma prescrição, por escrito, deve acompanhar o pedido de reembolso

no momento da apresentação.

As substituições de aparelhos ortodônticos e outros não estão cobertas.... 100% para PPO/50% de URC para não PPO

Equipamentos médicos duráveis, aluguel ou compra desse equipamento,

o que for menor..... 100% para PPO/50% de URC para não PPO

Tratamento odontológico, quando necessário por lesão nos dentesPreços URC até US\$ 100 por dente/máximo de US\$ 500 por Lesão

Abuso de álcool/drogas Pago nos termos da cobertura de distúrbios nervosos e mentais

Interrupção voluntária de gravidezUS\$ 500, máximo

Serviços de reabilitação, necessários para o tratamento médico para recuperar funções perdidas do organismo, devido a doença ou lesão coberta, limitados a fonoaudiologia, terapias ocupacional e cardíaca100% para PPO/50% de URC para não PPO

Consertos de óculos, lentes de contato ou aparelhos auditivos quando necessários em decorrência direta de Lesão coberta100% para PPO/50% de URC para não PPO

*Os seguintes Males Mentais Graves e Distúrbios Emocionais Importantes terão benefícios igualmente pagos como os de qualquer outra Doença: 1) esquizofrenia 2) transtorno esquizoafetivo; 3) distúrbio bipolar (maníaco-depressivo); 4) distúrbios depressivos importantes; 5) síndrome do pânico; 6) transtorno obsessivo compulsivo; 7) perturbação pervasiva do desenvolvimento ou autismo; 8) anorexia nervosa; 9) bulimia nervosa; e 10) tratamento de criança que: a) esteja sofrendo de um ou mais distúrbios mentais descritos na mais recente edição do Manual Estatístico e de Diagnóstico dos Distúrbios Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), exceto se se tratar de distúrbio primário por uso de substância ou de desenvolvimento, que resulte em comportamento inadequado à idade da criança de acordo com as normas de desenvolvimento esperadas; e b) atenda os critérios do parágrafo (2) da subdivisão (a) da Seção 5600.3 do Código de Instituições e de Assistência (*Welfare and Institutions Code*).

EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES

Nenhum benefício será pago por perda ou despesa causada ou resultante de:

1. Serviços e suprimentos relativos a produtos ou serviços anti-fumo;
2. Quaisquer perdas cobertas por indenização a funcionários estaduais ou federais, lei de responsabilidade de empregadores, lei de doença profissional ou legislação similar;
3. Biofeedback; serviços e suprimentos relativos à avaliação e ao tratamento de distúrbios motores originários de lesões neurológicas ou ortopédicas (biofeedback);
4. Condições congênitas, salvo como especificamente disposto, para recém-nascidos ou filhos dependentes adotados; circuncisão;
5. Procedimentos cosméticos exceto: a) cirurgia cosmética exigida para corrigir lesões cujos benefícios sejam pagos de outra forma nos termos desta apólice; b) cirurgia de reconstrução incidental pós-operatória decorrente de trauma, infecção ou de outras doenças da parte envolvida; ou c) cirurgia de reconstrução devido a doença ou anomalia congênita, conforme disposto para recém-nascidos dependentes; hirsutismo; verrugas, pintas e lesões não malignas;
6. Tratamento odontológico, salvo como especificamente disposto no Plano de Benefícios;
7. Cirurgia e tratamento eletivos, salvo se exigido para corrigir uma lesão cujos benefícios sejam pagos de outra forma nos termos desta apólice (tratamento eletivo inclui, entre outros, tratamento experimental ou de investigação, acne, alergia e testes de alergia, implantes de mama, redução das mamas, circuncisão, desvio do septo nasal, exceto se for tratamento de sinusite purulenta aguda coberta, ginecomastia, analgesia controlada pelo paciente (PCA), distúrbios do sono, inclusive testes de sono e cirurgia de reatribuição sexual);
8. Verrugas, pintas e lesões não malignas; substituição ou remoção de crescimento capilar;
9. Lesão ocorrida durante: a) participação em qualquer esporte interacadêmico, intercolegial ou profissional, campeonato ou competição; b) viagem de/para tal esporte, campeonato ou competição, como participante; ou c) durante a participação em qualquer programa de exercícios ou condicionamento para tal esporte, campeonato ou competição;
10. Exames oftalmológicos, prescrições ou adequação para o uso de óculos ou lentes de contato ou outro tratamento para a correção de defeitos e problemas oftalmológicos, a não ser que pagáveis como Despesas Cobertas associadas à Doença ou Lesão coberta pela apólice;
11. Exames auditivos ou aparelhos para audição ou outro tratamento para correção de defeitos e problemas auditivos, a não ser que pagáveis como Despesas Cobertas associadas à Doença ou Lesão coberta pela apólice;
12. Lesão intencional, auto-infligida; suicídio ou qualquer tentativa similar;
13. Serviços e suprimentos para condições relativas aos problemas de aprendizado;
14. Checkups normais, exames ou tratamentos preventivos, exames médicos ou testes na ausência de Doença ou Lesão, exceto conforme especificamente disposto na apólice;
15. Transplantes de órgãos;
16. Participação em tumultos ou desordem civil; tentativa ou cometimento de delito grave;
17. Remédios, soros, vacinas e vitaminas preventivos;
18. Serviços destinados à reprodução/infertilidade, incluindo, entre outros: testes de fertilidade; infertilidade (masculina ou feminina), inclusive quaisquer serviços prestados ou suprimentos fornecidos com a finalidade ou a intenção de induzir a concepção (exemplos de fertilização são procedimentos para indução da ovulação, fertilização *in vitro*, transferência de embrião ou procedimentos similares que aumentam ou melhoram a capacidade reprodutiva); impotência, orgânica ou de outra natureza; operações para esterilização; ligamento tubário; vasectomia; cirurgia de reatribuição sexual;
19. Serviços prestados e suprimentos fornecidos normalmente, sem custo, pela enfermaria da Universidade, por seus funcionários ou médicos que trabalham para a Universidade;
20. Irregularidades ósseas de uma ou das duas mandíbulas, inclusive disfunção da articulação temporomandibular (TMJ), salvo se para tratamento cirúrgico correlato;
21. Campeonatos de skydiving, mergulho autônomo (scuba diving), mergulho em apnéia (skin diving), corrida ou velocidade, pára-quedismo ou bungee-jump, hang gliding, glider flying, parasailing, sail planing ou vôo em

- qualquer tipo de aeronave, salvo em viagem como passageiro em vôo regularmente programado de empresa aérea comercial;
22. Tratamento em hospital militar ou de veteranos ou em hospital contratado ou administrado por governo federal ou suas agências a não ser que:
 - a) os serviços sejam prestados em caráter de Emergência Médica; e
 - b) haja responsabilidade legal pelos gastos realizados em nome do Segurado para os serviços prestados na falta de seguro;
 23. Guerra ou qualquer ato de guerra, declarado ou não declarado ou enquanto nas forças armadas de qualquer país; e
 24. Serviços prestados e suprimentos fornecidos para o controle de peso, relativos ao tratamento da obesidade.

TESTES DE GRAVIDEZ

Alguns testes de maternidade, realizados de modo rotineiro por médicos, talvez não estejam cobertos por esta apólice. Fale com o departamento de reembolsos pelo número 1-800-468-4343 para obter outras informações.

DEFINIÇÕES

As seguintes definições relevantes aplicam-se a este plano:

DESPESAS COBERTAS representam as despesas:

1. que não ultrapassem os preços Normais, Razoáveis e Costumeiros;
2. que não ultrapassem o valor máximo do benefício pagável, por serviço, como aqui apresentado;
3. com serviços e suprimentos médicos não excluídos nos termos desta apólice; e
4. com serviços e suprimentos Necessários para o Tratamento médico.

DEDUTÍVEL representa o valor das despesas cobertas em nome do segurado, antes do pagamento dos benefícios, nos termos desta apólice.

MÉDICO representa um profissional credenciado na arte da cura, atuando dentro do escopo de sua especialidade. Médico não inclui: 1) o Segurado; 2) o cônjuge, dependente, parente, irmão ou irmã do Segurado; ou 3) pessoa que resida normalmente com o Segurado.

HOSPITAL representa uma instituição:

1. administrada de acordo com a lei;
2. primária e continuamente comprometida na prestação de cuidados e tratamentos médicos a pessoas doentes e feridas, em regime de internação;
3. supervisionada por uma equipe de médicos;
4. que presta serviços de enfermagem, de 24 horas, com equipe ou supervisão de enfermeiros formados e credenciados (R.N.);
5. com ambulatórios médicos para diagnóstico, tratamento e principais centros cirúrgicos;
 - a) em instalações próprias; ou
 - b) em bases pré-contratadas; e
6. que cobra por seus serviços.

LESÃO representa dano físico resultante, direta e independentemente de doença ou enfermidade física, decorrente de um acidente. Todas as lesões a uma mesma pessoa, ocorridas no mesmo acidente, inclusive todas as condições correlatas e sintomas recorrentes das lesões serão consideradas uma lesão.

EMERGÊNCIA MÉDICA representa a ocorrência de uma condição médica que se manifesta por sintomas agudos, suficientemente graves (inclusive dor grave) de tal forma que, no entendimento de uma pessoa leiga, prudente, com conhecimentos medianos de saúde e medicina, a ausência de cuidados médicos imediatos resultará em:

1. grave risco de saúde de qualquer pessoa (se grávida, inclui a saúde do bebê);
2. grave impedimento das funções do organismo; ou
3. grave disfunção de qualquer órgão ou parte do organismo.

As despesas incorridas na emergência médica serão pagas apenas para Doença ou Lesão que atenda as condições acima mencionadas. Essas despesas não serão pagas para Doenças ou Lesões não importantes.

NECESSÁRIO PARA TRATAMENTO MÉDICO representa os serviços prestados ou suprimentos fornecidos ou prescritos por um hospital ou médico:

1. essenciais aos sintomas e ao diagnóstico ou tratamento da Doença ou Lesão;
2. fornecidos de acordo com o diagnóstico ou cuidado direto do tratamento da Doença ou Lesão;
3. de acordo com as normas da boa prática médica;
4. não destinados, primordialmente, à conveniência do Segurado nem à conveniência do médico do Segurado; e
5. o mais adequado suprimento ou nível de serviço que possa ser fornecido com segurança.

DOENÇA significa mal ou moléstia. Doença inclui gravidez normal e as complicações da gravidez. Todas as condições correlatas e sintomas da doença serão consideradas uma doença.

NORMAL, RAZOÁVEL E COSTUMEIRO (URC) representa:

1. despesas e honorários por serviços e suprimentos médicos inferiores a:
 - a) preço usual do prestador de serviço ou do fornecimento realizado; ou
 - b) preço médio do serviço ou fornecimento na região em que estes forem prestados/fornecidos; e
2. tratamento e serviço médico razoáveis em relação ao serviço prestado ou ao suprimento fornecido, considerada a gravidade da condição.

PROCEDIMENTO DE REEMBOLSO

1. Se possível, obter tratamento do Centro de Saúde dos Estudantes da Universidade (os valores Dedutíveis não serão cobrados dos alunos). Centro médico da Universidade da Califórnia (UCLA Medical Center) para estudantes da UCLA.
2. Em caso de Emergência Médica, chamar 911 ou dirigir-se à clínica de urgências ou ao pronto-socorro mais próximo. Observe que procurar uma clínica de urgências em lugar do pronto-socorro de um hospital poderá reduzir o seu desembolso. Para localizar uma clínica de urgência, acesse o site da FHN e, em Provider Type (Tipo de Provedor), escolha "Facilities" (Instituições). A seguir, selecione Urgent Care Clinic (Clínica de urgência) na caixa Facility Type (Tipo de Instituição). Uma lista de clínicas que atendem urgências médicas pode também estar disponível no Centro de Saúde Estudantil (*Student Health Center*). Caso contrário, procure tratamento com o médico ou hospital mais próximos. Você poderá escolher livremente o médico ou o hospital, mas consultando-se com os médicos e nos Hospitais da Rede da Assistência Comunitária (FHN) poderá reduzir seus gastos. Para obter uma lista completa de Hospitais e Consultórios dos PPOs, ligue para **1-800-226-5116** ou acesse o site **www.myfirsthealth.com**.
3. Se for a um consultório ou hospital, certifique-se de apresentar o seu cartão de identificação (aqui anexo). Os dependentes cobertos nos termos do plano não recebem cartões de identificação separados e podem usar o cartão do estudante segurado para obter tratamento. Se o médico ou o hospital precisar confirmar a sua cobertura ou a de seus dependentes, peça para ligarem para Personal Insurance Administrators, Inc., número **1-800-468-4343**.

Você deve estar sempre de posse do seu cartão de identificação de segurado.

4. Envie todas as faturas e outras despesas para Personal Insurance Administrators, Inc. no endereço abaixo. Não esqueça de anexar todos os recibos. Não esqueça de mencionar o número de sua apólice de grupo (conforme impresso no seu cartão de identificação).

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

FATURAS MÉDICAS ITEMIZADAS (LISTA DE PROCEDIMENTOS OU SERVIÇOS ASSOCIADOS ÀS DESPESAS DO HOSPITAL OU CONSULTÓRIO) DEVEM SER ENCAMINHADAS À EMPRESA NO PRAZO DE 90 DIAS DA DATA DA OCORRÊNCIA.

Fatura médica itemizada é uma lista de procedimentos ou serviços com os respectivos custos de hospital ou consultório.

Mantenha sempre em seus arquivos uma cópia de todos os documentos encaminhados para reembolso.

DIREITO DE REVISÃO EXTERNA

Você tem o direito de solicitar uma revisão médica independente caso os serviços de saúde tenham sido inadequadamente negados, modificados ou demorados.

PROGRAMA MEDEX

A descrição do Programa MEDEX, a seguir, foi incluída neste prospecto para ajudar o estudante, e de nenhuma forma afeta a cobertura oferecida pelo Plano de Seguro-Saúde do Estudante, aqui descrito.

SERVIÇOS PARA OS ASSOCIADOS MEDEX

Como Estudante Internacional, participante do Plano de Seguro-Saúde do Estudante, você está automaticamente inscrito como Associado do Programa MEDEX.

Como participante, a MEDEX prestará serviços de assistência razoavelmente necessários por um Associado residente como expatriado e/ou em viagem fora de seu país natal, de residência, em decorrência direta da necessidade de Serviços médicos de Emergência de um Associado ou devido ao seu falecimento durante o período de associação. Todas as evacuações, retornos à residência após estabilização e/ou repatriação de restos mortais são coordenados e sujeitos à aprovação prévia da MEDEX e/ou de seu Consultor Médico Regional. Os Serviços de Assistência incluem:

Assistência de 24 horas, por discagem gratuita (ou chamada a cobrar), em todo o mundo

A MEDEX está disponível a qualquer hora, para prestar assistência com relação a qualquer problema médico ou de viagem. Ligue para 1-800-527-0218 ou 1-410-453-6330.

Evacuação Médica de Emergência

Caso um Associado envolva-se em um acidente ou sofra mal repentino e inesperado que exija Serviços médicos de emergência e não haja local com recursos médicos adequados, a MEDEX fará a coordenação de uma evacuação supervisionada por médico, para o local mais próximo, conforme determinado pela MEDEX, para estar em condições de prestar os cuidados devidos.

Repatriação de Restos Mortais

A MEDEX prestará assistência na obtenção das liberações necessárias para cremação ou preparação para retorno dos restos mortais de um Associado.

Remédios, vacinas e transferências de sangue emergenciais

Se for legalmente permitido, a MEDEX coordenará a transferência de remédios, vacinas ou sangue, de acordo com a prescrição da autorização do médico. O Associado será responsável pelo custo de quaisquer remédios, vacinas ou sangue e também pelos custos de transporte.

Assistência à Consultoria Jurídica

Se um Associado necessitar assistência jurídica, a MEDEX encaminhará o Associado a um advogado, assim como prestará assistência na obtenção de fianças ou de outros instrumentos legais. O Associado será responsável por quaisquer honorários jurídicos contratados.

Serviços de Tradução

Os Coordenadores da Assistência Multilíngüe da MEDEX estão disponíveis para prestar assistência imediata de tradução ou podem encaminhar seu pedido a serviços locais de interpretação.

Depósito hospitalar e Adiantamento em Dinheiro Emergencial

Após garantir o recebimento ou obter uma garantia de reembolso do Associado, a MEDEX fará uma remessa bancária dos recursos ou garantirá os depósitos para internação hospitalar de emergência ou, ainda, prestará assistência na obtenção de transferências monetárias dos recursos dos Associados. A MEDEX não será responsável pelo pagamento dos custos dos Serviços médicos de Emergência.

Transporte de Acompanhante do Associado, Deficiente Físico

Após a evacuação de emergência coordenada pela MEDEX e se um Associado estiver sozinho e hospitalizado no destino da evacuação por mais de 7 (sete) dias, a MEDEX poderá coordenar o transporte para esse destino de uma pessoa, apenas, designada pelo Associado.

Encaminhamentos médicos de 24 horas, em todo o mundo

A MEDEX oferece assistência de 24 horas para localizar o atendimento médico adequado. Os encaminhamentos médicos são personalizados e têm como base a especialização necessária, a cidade em que o Associado está, o idioma preferido, o horário, etc.

Avaliação e Monitoração do Tratamento

Os serviços da MEDEX incluem o acesso a Consultores Médicos Regionais, os quais mantêm contato constante com os médicos clínicos e avaliam a qualidade do atendimento e dos planos de tratamento dos Associados inscritos. A avaliação e a monitoração têm início com o primeiro telefonema à MEDEX e continuam durante todo o período de recuperação.

Assistência de coordenação da reabilitação após a evacuação

A MEDEX ajuda os Associados a coordenar quaisquer necessidades de reabilitação continuada, seguintes à evacuação.

Transmissão de mensagens de emergência para familiares

A MEDEX pode receber e transmitir mensagens de emergência entre o Associado, seus familiares e outras pessoas envolvidas.

Providências para a Substituição de Remédios e Óculos

A MEDEX ajuda na obtenção de prescrições perdidas, roubadas, esquecidas ou ultrapassadas do Associado, assim como na rápida substituição dos óculos.

Com um telefonema gratuito ou por chamada a cobrar, você estará imediatamente conectado com os coordenadores assistenciais extremamente bem-treinados e multilíngües da MEDEX, 24 horas por dia, em todos os dias do ano. Ligue para:

1-800-527-0218 ou 1-410-453-6330
Número do Programa: 995

COBERTURA OFTALMOLÓGICA

A descrição do Programa da Rede de Atendimento Oftalmológico, a seguir, foi incluída neste prospecto com o intuito de ajudar o estudante. A Cobertura Oftalmológica não se refere, de nenhuma forma, aos benefícios, às restrições e às exclusões do Plano de Seguro-Saúde e de Acidentes do Estudante aqui descrito, e tampouco afeta a sua cobertura.

Como parte deste plano, o Segurado tem acesso ao Programa de Desconto Oftalmológico oferecido pela Rede de Atendimento Oftalmológico. Este programa concede ao Segurado um desconto de 20% em relação aos preços normais de um fornecedor participante. O desconto de 20% aplica-se às seguintes despesas qualificáveis: exames oftalmológicos de rotina, lentes, armações, lentes de contato, mais extras cosméticos como lentes fumê, revestimentos e lentes fotocromáticas. O desconto não se aplica a lentes de contato descartáveis nem a substituições de lentes de contato, consertos de óculos, ofertas promocionais ou tratamento médico/cirúrgico dos olhos. Para receber o desconto de 20%, o Segurado deverá apresentar seu cartão de identificação a qualquer fornecedor participante do Programa de Desconto Oftalmológico (*Discount Vision Program*), no momento da prestação do serviço. Para localizar um fornecedor participante do programa, telefone para **1-800-793-9288** ou acesse o site **www.ecndiscount.com**. Apenas os fornecedores mencionados no Programa de Desconto Oftalmológico oferecerão o desconto de 20%.

CERTIFICAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO PARA COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE

Se um Segurado não se qualificar mais como segurado nos termos do plano, o Segurado deverá solicitar uma Certificação de Qualificação para Cobertura do Plano de Saúde à Renaissance Agencies, Inc. Essa solicitação pode ser feita por escrito ou por telefone. Essa solicitação deve incluir o nome da escola e o nome das pessoas que deixaram de ser qualificar como seguradas nos termos do plano.

REPRESENTAÇÃO AUTORIZADA

A Empresa não divulgará informações pessoais, sem autorização. Incluem-se nessas informações as divulgações a familiares dos segurados maiores de idade.

Se quiser autorizar uma outra pessoa a atuar como seu representante pessoal para os assuntos relativos a este plano de seguro, nós precisaremos ter um Formulário de Autorização em nossos arquivos. Para solicitar um formulário, entre em contato com a Renaissance Agencies, Inc., no endereço abaixo ou preencha um formulário pela Internet, no endereço www.renstudent.com.

RESUMO DA POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Acreditamos firmemente na manutenção da confidencialidade das informações pessoais que obtemos e/ou recebemos sobre você e estamos comprometidos em proteger a sua privacidade. Não divulgamos nenhuma informação não pública sobre você para ninguém, salvo conforme permitido ou exigido por lei. Não vendemos nem divulgamos, de nenhuma outra forma, suas informações pessoais a ninguém para finalidades não relativas a nossos produtos e serviços. Temos instaladas proteções físicas, eletrônicas e de procedimentos que cumprem regulamentos federais e estaduais para proteger suas informações de divulgação não autorizada. Poderemos divulgar quaisquer informações por nós consideradas necessárias para conduzir nosso negócio, conforme legalmente exigido. Você tem direito de acessar, revisar e corrigir todas as informações pessoais coletadas. Você poderá revisar esta Política de Privacidade por completo ou as Políticas de Privacidade de outras entidades que prestam serviços a esta apólice, escrevendo para o endereço abaixo mencionado ou visitando o site a seguir informado. Você também poderá encaminhar uma solicitação ao mesmo endereço, por escrito, para revisar suas informações.

Renaissance Agencies, Inc.
Attention Privacy Manager
P.O. Box 2300
Santa Monica, CA 90407-2300 EUA
Telefone: 1-800-537-1777
Telefone: 1-310-394-0142
Site na Web: www.renstudent.com

Consultas sobre benefícios ou reembolsos:

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

Consultas sobre qualificação ou inscrição:

Renaissance Agencies, Inc.
P.O. Box 2300
Santa Monica, CA 90407-2300 EUA
Telefone: 1-800-537-1777
Licença da Califórnia No. 0697235

Para fazer o download de prospectos ou cartões de identificação, acesse
www.renstudent.com

Para Assistência Emergencial, Médica ou de Viagem, ligue para:

MEDEX
1-800-527-0218 ou 1-410-453-6330
No. do Programa 995

Este prospecto descreve seus benefícios nos termos do plano de seguro patrocinado pela sua escola. Não se trata de um contrato de seguro. Sua cobertura é regida por uma apólice de seguro saúde e de acidentes abrangente, firmada pela United States Fire Insurance Company. Como comprovante de sua cobertura, uma apólice de seguro está arquivada na sua escola e contém os benefícios e as disposições que se aplicam ao plano de seguro patrocinado por sua escola. Se houver discrepância entre este prospecto e a apólice, prevalecerão os termos da apólice.

Se houver discrepância entre a versão em inglês do prospecto e a versão traduzida, prevalecerão os termos da versão em inglês.