

1/

2010

Para estudiantes

Plan de seguro contra lesiones y enfermedades

diseñado especialmente para los estudiantes de la

Universidad de California

Extensión Universitaria

Programas de Inglés y Educación Internacional

avalado por

United States Fire Insurance Company

En el interior encontrará su tarjeta de identificación permanente. Retírela y consérvela como prueba de su cobertura. No se emitirá otra.

2/

Conserve este folleto como resumen general del seguro. La Póliza maestra que obra en la Universidad contiene todas las disposiciones, exclusiones y requisitos que se deben cumplir en relación con sus beneficios de seguro, algunos de los cuales pueden no estar incluidos en este folleto. Si existe alguna discrepancia entre el folleto y la póliza, prevalecerá la Póliza maestra según la cual se registrará el pago de beneficios.

3/

Elegibilidad

Los estudiantes internacionales, docentes visitantes, becarios u otras personas con pasaporte o visa de estudiante válidos (por ejemplo, visas F-1, J-1, B-1, B-2 o M-1), que se encuentren fuera de su país de origen en forma temporal, a quienes no se les haya otorgado la condición de residentes permanentes mientras llevan a cabo actividades educativas de tiempo completo a través de su universidad, deberán estar asegurados bajo esta Póliza. Los estudiantes de

Capacitación práctica opcional (Optional Practical Training, OPT) también pueden estar cubiertos en virtud de esta política, siempre y cuando: 1) la OPT del estudiante se lleve a cabo inmediatamente a continuación de un curso de estudio; y 2) la OPT del estudiante no supere los 12 meses de duración. La universidad podrá eximir de esta obligación a personas que ya cuenten con un seguro conforme a otros planes auspiciados por el gobierno o su embajada. Para obtener más información, comuníquese con la Oficina de estudiantes internacionales.

Para ser considerado persona con cobertura conforme a esta Póliza, el estudiante deberá haber pagado la prima requerida. Asimismo, su nombre, número de estudiante y fecha de nacimiento deben figurar en la declaración realizada por la universidad o el agente administrativo al asegurador. Los estudiantes deben asistir a las clases en forma activa durante al menos los primeros 31 días del período para el cual se adquiere la cobertura o durante la totalidad del período para el cual se adquiere la misma, optándose por el menor de ambos plazos, excepto cuando deban retirarse por razones médicas. La Compañía se reserva el derecho de investigar la situación de los estudiantes y los registros de asistencia a fin de verificar que se hayan cumplido los requisitos de elegibilidad de la Póliza. En caso de que la Compañía determine que no se han cumplido los requisitos de elegibilidad, su única obligación será reembolsar la prima.

Los estudiantes elegibles que se inscriban también podrán asegurar a sus dependientes. Un dependiente elegible es el asegurado del estudiante que es: 1) el cónyuge del estudiante asegurado que cohabita con el estudiante asegurado; o 2) hijo del estudiante asegurado que dependa económicamente de él y sea menor de 19 años (o menor de 25 años si es estudiante de tiempo completo).

Si no contaran con otra cobertura, los dependientes de los estudiantes asegurados se deben inscribir en el término de 31 días a partir de la fecha de adquisición, llegada a los Estados Unidos o finalización de otra cobertura. La cobertura no se extenderá, en ningún caso, más allá de la fecha de finalización de la cobertura del estudiante asegurado a través del cual se inscriben dichos dependientes.

Si un estudiante asegurado tiene un hijo, el niño tendrá cobertura conforme a la póliza durante los primeros 31 días posteriores a: 1) la fecha de nacimiento del recién nacido; 2) la fecha a partir de la cual entra en vigencia la adopción del niño por el estudiante; o 3) la fecha en que el niño sea entregado en adopción al estudiante. La cobertura para el niño recién nacido consistirá en cobertura por enfermedades o accidentes, incluidos los cuidados o tratamientos necesarios por defectos congénitos, anomalías de nacimiento, nacimiento prematuro y cuidado infantil.

El estudiante asegurado tendrá derecho a continuar la cobertura para el niño más allá del plazo de 31 días. Para continuar la cobertura, el estudiante asegurado debe, dentro del plazo de 31 días posterior al nacimiento, adopción o entrega en adopción: 1) presentar un formulario de inscripción completo; y 2) pagar la prima adicional requerida para continuar la cobertura.

Si el asegurado no hace uso de este derecho conforme a lo que se indica en el presente, la cobertura relacionada con el niño finalizará una vez transcurridos los primeros 31 días posteriores al nacimiento, adopción o entrega en adopción.

La Compañía conserva su derecho a investigar los registros de estado civil y asistencia del estudiante (y dependiente) para verificar el cumplimiento de los requisitos de elegibilidad de la póliza. En caso de que la Compañía descubra que no se han cumplido los requisitos de elegibilidad de la póliza, su única obligación consistirá en rembolsar la prima menos cualquier reclamo pagado.

4/

Fechas de vigencia y finalización

Si se cumplen los requisitos de elegibilidad, la cobertura comenzará a las 12:01 a.m. de alguna de las siguientes fechas, optándose por la que ocurra en último término: 1) la fecha de vigencia (31 de diciembre de 2009); 2) la fecha de vigencia informada como plazo de cobertura por parte de la universidad o el administrador del plan; o 3) el día inmediatamente posterior a la fecha en que el administrador del plan, la universidad o la persona designada por el administrador del plan reciban la totalidad de la prima y la solicitud completada.

Además, la cobertura para los estudiantes Internacionales y los becarios comenzará a las 12:01 a.m. de la fecha en que la persona cubierta salga de su país de origen o país de residencia habitual, si:

1. la persona cubierta viaja directamente al programa patrocinado por la Universidad, y
2. dicho viaje comienza dentro de un período de 72 horas a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura correspondiente al período en curso para el que se pagó la prima, y
3. el viaje se realiza directamente desde el país de residencia habitual hasta el campus, y
4. la duración de dicho viaje no supera las 48 horas.

La cobertura finalizará a las 12:01 a.m. de alguna de las siguientes fechas, optándose por la que ocurra en primer término: 1) el último día para el cual se haya pagado la prima; 2) la fecha en que la persona con cobertura deje de ser elegible para este seguro; 3) la fecha de finalización de la cobertura conforme a la póliza (31 de diciembre de 2010); 4) el último día del período durante el cual se haya pagado la prima, posteriormente a la fecha en la que un dependiente haya dejado de serlo según lo descrito en el presente; o 5) la fecha en que la persona asegurada ingrese en el servicio militar, en cuyo caso se realizará un reembolso proporcional de la prima a dicha persona asegurada. El reembolso de primas se permite solamente en el caso de ingreso en el servicio militar.

Cada vez que se paga la prima para renovar la cobertura, deben cumplirse los requisitos de elegibilidad.

Proveedores preferidos (PPO)

Tenga en cuenta que la Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) para este plan se ha modificado. Antes de solicitar tratamiento, asegúrese de que su médico sea miembro de la nueva red; de lo contrario, deberá pagar un coseguro más alto.

Este plan ha incorporado a la cobertura el acceso a la organización de Proveedores preferidos (Preferred Providers Organization, PPO) de First Health Network (FHN). Los Proveedores preferidos son médicos, hospitales y otros prestadores de cuidado de la salud que tienen contratos para brindar cuidados médicos específicos a precios negociados. La póliza brinda el mayor nivel de cobertura para la PPO de FHN. Por lo tanto, las personas con cobertura ahorrarán más dinero si utilizan dicha organización.

El acceso a la red proporciona beneficios en el ámbito nacional para Gastos cubiertos en los que se haya incurrido, al 100% de los cargos de la Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) por lesiones o enfermedad cuando se recibe tratamiento por parte de los proveedores que pertenecen a la red. Los beneficios se proporcionan a nivel mundial para los Gastos cubiertos en los que se haya incurrido, al 50% de los cargos usuales, razonables y de costumbre (Usual, Reasonable and Customary Charges, UCR) cuando se recibe tratamiento por parte de proveedores que no pertenecen a la red, **excepto en el caso de los siguientes servicios, cuyo tratamiento recibido por parte de un proveedor que no pertenece a la red se pagará al 100% de los UCR cuando sea recibido en un centro de red: cargos por consulta al médico para pacientes internados, cargos por servicios de radiología (incluidos cargos por radiología ambulatoria o en sala de emergencia) y cargos por terapia de rayos.** Además, los Cargos cubiertos en los que se hayan incurrido debido a una emergencia médica se pagarán al 100% y, si un proveedor preferido no se encuentra disponible en su área (a 40 kilómetros a la redonda), los beneficios se pagarán al 100%, aun a un proveedor que no pertenece a la PPO. De lo contrario, si se utiliza un proveedor o un centro que no pertenece a la PPO, hay un factor de coseguro del 50%, el cual correrá por cuenta de la persona cubierta. Después de restar el descuento de la PPO de la factura del hospital, todos los cargos que excedan el pago del seguro correrán por cuenta de la persona cubierta.

Tenga en cuenta que el uso de una clínica de cuidados de urgencia en lugar de una sala de emergencia de un hospital puede reducir los gastos en efectivo de la persona cubierta. Las clínicas de cuidados de urgencia brindan cuidados médicos para tratar una lesión o enfermedad menor cuando se necesitan cuidados inmediatos. Para encontrar una clínica de cuidados de urgencia local, visite el sitio web de FHN y, en Provider Type (Tipo de Proveedor), elija "Facilities" (Establecimientos). Luego, seleccione Urgent Care Clinic (Clínica de Cuidados de Urgencia) en la casilla Facility Type (Tipo de Establecimiento). También es posible encontrar una lista de las clínicas de cuidados de urgencia en el Centro de Salud del Estudiante.

Independientemente del proveedor elegido, la persona con cobertura continúa siendo responsable del pago de su deducible y los beneficios no comenzarán hasta que dicho deducible no haya sido pagado.

Para obtener una lista completa de los centros de médicos y hospitales de la PPO, llame al **1-800-226-5116** o ingrese al sitio web: **www.myfirsthealth.com**.

Si una persona con cobertura es tratada por un Proveedor preferido por una afección crónica grave o aguda, embarazo, recién nacido o enfermedad terminal y el contrato del proveedor finaliza, la persona con cobertura puede ser elegible, en determinadas circunstancias, para continuar el tratamiento con el proveedor, a la tarifa correspondiente a la PPO. Para más información, póngase en contacto con el administrador de reclamos.

6/

Tenga en cuenta que si una persona con cobertura es tratada en un hospital PPO, esto no significa que todos los prestadores de ese hospital sean proveedores PPO. Además, si una persona con cobertura es recomendada por un proveedor PPO a otro proveedor o centro, esto no significa que el proveedor o centro al cual se recomienda a la persona con cobertura también sea un proveedor PPO.

7/

Centro de salud para estudiantes de la universidad

Se recomienda categóricamente a los estudiantes asegurados que realicen una consulta inicial con el centro de salud para estudiantes de la universidad acerca de los cuidados de pacientes ambulatorios antes de incurrir en gastos médicos fuera del campus (UCLA Medical Center para estudiantes de UCLA). Se eximirá del deducible al estudiante asegurado si utiliza por primera vez el centro de salud para estudiantes de la universidad aprobado y/o es recomendado por dicho centro por primera vez (no se aplica para dependientes).

Importante

En el plan se incluye una característica de contención de costos para mantener los costos de cuidado de la salud lo más bajo posibles, a la vez de brindar los mejores beneficios posibles. Esto significa que la persona con cobertura y su médico deberán obtener una certificación previa para todas las admisiones hospitalarias que no constituyan emergencias.

Certificación previa a la admisión

Todas las estadías de pacientes internados deberán estar certificadas.

La persona con cobertura deberá notificar a su médico sobre el requisito de certificación previa a

la admisión para este plan:

1. Certificación previa para hospitalizaciones que no constituyen emergencias: El paciente, el médico o el hospital deben comunicarse telefónicamente al 1-800-468-4343 al menos cinco (5) días antes de la admisión planificada.
2. Notificación de admisiones de emergencia: El paciente, el representante del paciente, el médico o el hospital deben comunicarse telefónicamente al 1-800-468-4343 en el término de dos (2) días hábiles a partir de la admisión.

IMPORTANTE: la certificación previa no constituye garantía de que los beneficios serán pagados.

8/

Descripción de la cobertura

Beneficio total máximo de \$250,000 por lesión o enfermedad, incluidas la repatriación y la evacuación médica.

Deducible de \$75 por lesión o enfermedad para cada persona con cobertura. Se eximirá del deducible al estudiante asegurado si primero utiliza los servicios del centro de salud para estudiantes de la universidad aprobado y/o es primero referido por dicho centro (no se aplica para dependientes).

Gastos médicos por lesiones y enfermedades

Los gastos cubiertos, tal como se han definido, se limitan a los siguientes cargos:

1. Tarifas por diagnóstico y tratamiento de un médico, cirujano, personal de enfermería registrado, anestesista profesional, radiólogo o fisioterapeuta legalmente habilitados;
2. Habitación de hospital y cargos de alojamiento y comida. El pago se limitará al cargo normal del hospital para habitaciones semiprivadas;
3. Estudios de laboratorio, de diagnóstico y radiografías;
4. Fármacos y medicamentos con receta. El pago de fármacos con receta para pacientes ambulatorios se limitará al 50% del cargo real;
5. Gastos y suministros que normalmente se brindan para un aborto terapéutico, hasta un máximo de \$500;
6. El alquiler de equipos médicos durables o la compra de dichos equipos, optándose por el menor de ambos cargos;

7. Servicio de ambulancia profesional hasta el hospital más cercano;
8. Reparación de lesiones en dientes causadas por una lesión con cobertura hasta un máximo de \$100 por pieza dental, \$500 por lesión;
9. Gastos en que se incurra para el tratamiento de trastornos mentales o nerviosos*. Los beneficios se pagarán del siguiente modo:
 - a) 50% de los gastos en que se incurran hasta un máximo de \$1,000 por año del plan, para el tratamiento de pacientes ambulatorios; o
 - b) 100% de los gastos en que se incurra hasta un máximo de 10 días seguidos como paciente internado; luego 50%, hasta un máximo de 35 días adicionales;

* Los siguientes trastornos mentales y nerviosos tendrán beneficios pagos al igual que cualquier otra condición médica: 1) esquizofrenia; 2) trastorno esquizoafectivo; 3) trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva); 4) trastornos depresivos graves; 5) trastorno de pánico; 6) trastorno obsesivo-compulsivo; 7) trastorno generalizado del desarrollo o autismo; 8) anorexia nerviosa; 9) bulimia nerviosa; y 10) tratamiento de un niño que: a) sufra uno o más de los trastornos mentales identificados en la edición más reciente del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), distintos de un trastorno primario de uso de sustancias o un trastorno del desarrollo, que tenga como consecuencia un comportamiento inadecuado para la edad del niño de acuerdo con las normas de desarrollo esperado; y b) cumpla con los criterios del párrafo (2) de la subdivisión (a) del Artículo 5600.3 del Código de Bienestar e Instituciones (*Welfare and Institutions Code*).

9/

Beneficios (continuación)

10. Reparación de anteojos, lentes de contacto o dispositivos auditivos cuando sean requeridos como resultado directo de una lesión cubierta; y
11. Servicios de rehabilitación médicamente necesarios para restablecer funciones corporales perdidas debido a una enfermedad o lesión con cobertura.

Gastos por evacuación médica

Cuando la persona con cobertura fuera hospitalizada como resultado de una lesión o enfermedad, la Compañía pagará la evacuación a su país de origen o a un centro que opere conforme a la ley de su país de origen para el cuidado y tratamiento de personas lesionadas o enfermas, o a cualquier otro centro médico en los Estados Unidos. Dichas acciones se realizarán por recomendación del administrador de reclamos de la Póliza y con aprobación del médico participante. La Compañía pagará los gastos reales en que se incurriera, que no superen los \$25,000 o el beneficio total máximo de la Póliza, optándose por la suma que se alcance primero.

La evacuación médica al país de origen dará por finalizada cualquier otra cobertura conforme a la Póliza.

Gastos por repatriación de restos

En caso de fallecimiento de una persona con cobertura durante la vigencia de su seguro conforme a la Póliza, la Compañía pagará los gastos reales en que se incurriera para la preparación y transporte de los restos hasta su país de origen o al país donde dicha persona tenía su domicilio habitual. Si corresponde, dicha acción deberá realizarse en observancia de los requerimientos internacionales. La Compañía pagará los gastos reales, que no superen los \$10,000 o el beneficio total máximo de la Póliza, optándose por la suma que se alcance primero. Todos los gastos deben ser aprobados por el administrador de reclamos de la Póliza antes de preparar los restos para ser transportados.

Cobertura para óptica

La siguiente descripción del Programa de la Red de Cuidado de la Visión (Eye Care Network Program) se incluyó en este folleto para comodidad del estudiante. La Cobertura para óptica no está relacionada en modo alguno con los beneficios, limitaciones y exclusiones y no afecta en modo alguno la cobertura proporcionada por el Plan de seguro contra lesiones y enfermedades para estudiantes descrito en el presente.

Como parte de este plan, la persona con cobertura tiene acceso al Programa de Descuentos para Óptica que se ofrece a través de la Red de Cuidado de la Visión (Eye Care Network). Este programa permite a la persona con cobertura recibir un descuento del 20% sobre los cargos habituales al utilizar un proveedor participante. El 20% de descuento se aplica a los siguientes gastos elegibles: exámenes de la visión de rutina, lentes, armazones, lentes de contacto y otros productos cosméticos adicionales tales como tintes, recubrimientos y lentes fotocromáticos. El descuento no se aplica a lentes de contacto descartables ni de reemplazo, reparaciones de anteojos, ofertas promocionales ni tratamientos médicos/quirúrgicos de la visión. Para recibir el 20% de descuento, la persona con cobertura deberá presentar su tarjeta de identificación a cualquier proveedor participante de un Programa de Descuentos para Óptica en el momento del servicio. Para localizar un proveedor participante, llame al **1-800-793-9288** o visite el sitio web en Internet: **www.ecndiscount.com**. Solamente los proveedores enumerados en el Programa de Descuentos para Óptica (Discount Vision Program) ofrecerán el 20% de descuento.

10/

Beneficios por muerte accidental y desmembramiento

Cuando como resultado de una lesión, la persona con cobertura sufra una pérdida según se indica a continuación, en el término de 365 días a partir de dicha lesión, la Compañía pagará el beneficio aplicable dispuesto para esa pérdida.

Por la pérdida de:	Monto del beneficio:
Vida.....	\$ 10,000
Una mano	\$ 5,000
Un pie.....	\$ 5,000
Una mano o un pie y la visión total de un ojo	\$ 5,000
Más de una de las pérdidas anteriores debido a un accidente.....	\$ 10,000

La pérdida de manos y pies significa la pérdida a la altura de las articulaciones de la muñeca o el tobillo, o más arriba. La pérdida de los ojos significa la pérdida completa e irrecuperable de la visión total.

Solamente se pagará uno de los montos mencionados por lesiones resultantes de cualquier accidente. El monto pagado será el mayor de los montos anteriores que resulte aplicable.

Límites y exclusiones de los beneficios por muerte accidental y desmembramiento

Estas limitaciones y exclusiones se agregan a las EXCLUSIONES GENERALES.

Esta disposición no cubrirá la pérdida si ésta, de algún modo, resultara, fuera causada o se viera afectada por:

1. Una enfermedad física o mental; un tratamiento médico o quirúrgico, excepto un tratamiento que sea el resultado directo de una operación quirúrgica realizada, que resultara necesaria exclusivamente a causa de una lesión cubierta por la Póliza;
2. Una infección, a menos que ésta sea causada única e independientemente por un accidente con cobertura.

11/

Se pagarán beneficios por los siguientes Gastos Cubiertos adicionales, con sujeción a las limitaciones y disposiciones de la póliza: 1) equipos, suministros y capacitación sobre automanejo para pacientes ambulatorios con diabetes; 2) fenilcetonuria (PKU), incluidas fórmulas enterales y productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta prescrita por un Médico; 3) tratamiento de Enfermedad Mental Grave; 4) cargos por anestesia y otros cargos impuestos por el centro por procedimientos dentales bajo determinadas circunstancias; 5) cuidados preventivos para niños de 16 años y menores conforme a las Recomendaciones para servicios de salud pediátricos preventivos, adoptadas por la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics); 6) mamogramas; 7) estudios de cáncer de próstata, colorrectal y de cuello de útero y estudios de cáncer generalmente aceptados desde el punto de vista médico; 8) estudios, diagnóstico y tratamiento de cáncer de seno; 9) una segunda opinión solicitada por una Persona con cobertura o por un Médico; 10) participación en el Programa amplio de alfa feto proteína (AFP); 11) dispositivos ortóticos para restaurar un método de habla como consecuencia de una laringectomía; 12) diagnóstico, tratamiento y control de la

osteoporosis; 13) ensayos clínicos de cáncer; 14) Pruebas de VIH (hasta una prueba por año de póliza); 15) vacuna contra el SIDA; 16) cirugía reconstructiva en determinadas circunstancias; 17) servicios médicos por telemedicina; 18) medicamentos o dispositivos anticonceptivos recetados (si existe un beneficio para medicamentos recetados); 19) tratamiento de afecciones atribuibles al dietilestilbestrol o a la exposición al dietilestilbestrol; 20) tratamiento quirúrgico Necesario desde el Punto de Vista Médico para afecciones que afectan directamente la mandíbula superior o inferior o las articulaciones óseas relacionadas; y 21) servicios de maternidad provistos conforme a la sección 10123.87 (a) del Código de Seguros de California (CA Insurance Code). Para obtener más información, remítase a la Póliza que obra en la Universidad.

12/

Programa Medex

La siguiente descripción del Programa MEDEX se incluye en este folleto para comodidad del estudiante y no afecta en modo alguno la cobertura dispuesta por el Plan de seguro de salud para estudiantes descrito en el presente.

Servicios a los miembros de Medex

Como Estudiante internacional que participa en este Plan de seguro de salud para estudiantes, usted está automáticamente inscrito como miembro del Programa MEDEX.

Como participante, MEDEX proporcionará los servicios de asistencia requeridos de manera razonable por un miembro que resida como expatriado y/o viaje fuera de su país de origen, como resultado directo de que dicho miembro requiera servicios médicos de emergencia o fallezca durante el período en que sea miembro del programa. Toda evacuación, regreso a su lugar de residencia después de la estabilización y/o repatriación de restos serán coordinadas y estarán sujetas a la aprobación previa de MEDEX y/o su asesor médico regional. Los servicios de asistencia incluyen:

Asistencia gratuita durante las 24 horas en todo el mundo (o llamadas a cobro revertido)

MEDEX se encuentra disponible en todo momento para prestar asistencia ante cualquier problema médico o relacionado con el viaje. Llame al 1-800-527-0218 o al 1-410-453-6330.

Evacuación médica de emergencia

En el caso que un miembro se viera involucrado en un accidente o sufriera una enfermedad repentina e imprevista que requiera servicios médicos de emergencia y no contara con un centro médico adecuado, MEDEX coordinará una evacuación con supervisión médica al centro más cercano que, a criterio de MEDEX, esté en condiciones de brindar los cuidados apropiados.

Repatriación de restos

MEDEX prestará asistencia en la obtención de las autorizaciones necesarias para la cremación o la preparación para el retorno de los restos mortales de un miembro.

Medicamentos de emergencia, vacunas y transfusiones de sangre

Si estuviera permitido legalmente, MEDEX coordinará la transferencia de medicamentos, vacunas o transfusiones de sangre con la autorización del médico que realiza la prescripción. Los miembros serán responsables del costo de cualquier medicamento, vacuna o sangre y de los costos de transporte.

Asistencia de recomendación de servicios legales

En caso de que un Miembro requiera asistencia legal, MEDEX lo derivará a un abogado y le prestará asistencia para garantizar cauciones u otros instrumentos legales. El Miembro será responsable de todos los honorarios por servicios de los abogados contratados.

Servicios de traducción

Los Coordinadores de asistencia plurilingüe de MEDEX se encuentran disponibles para prestar asistencia de traducción inmediata o pueden recomendar servicios de intérpretes locales.

Depósito para admisión al hospital y adelanto de efectivo de emergencia

Al garantizar el pago del Miembro u obtener su garantía de reembolso, MEDEX realizará una transferencia cablegráfica de los fondos, garantizará los depósitos para admisión hospitalaria de emergencia requeridos o prestará asistencia para acordar transferencias en efectivo de fondos de los Miembros. MEDEX no será responsable de pagar el costo de los Servicios médicos de emergencia.

13/

Programa MEDEX (continuación)

Transporte para acompañar a un miembro discapacitado

Después de una evacuación de emergencia coordinada por MEDEX, y si un Miembro se encuentra solo y es hospitalizado en el destino de evacuación durante más de siete (7) días, MEDEX podrá disponer el transporte hasta el destino de evacuación de una sola persona designada por el Miembro.

Recomendaciones médicas durante las 24 horas en todo el mundo

MEDEX ofrece asistencia para encontrar cuidados médicos adecuados durante las 24 horas. Las recomendaciones médicas se adaptan de acuerdo con la especialidad requerida, la ubicación del Miembro, las preferencias de idioma, la hora, etc.

Evaluación y supervisión del tratamiento

El servicio de MEDEX incluye acceso a Asesores médicos regionales que consultan en forma permanente con los Médicos a cargo del tratamiento y evalúan la calidad de los cuidados y los Planes de tratamiento para los Miembros inscritos. La evaluación y supervisión comienzan con la primera llamada a MEDEX y continúan durante el período de recuperación.

Asistencia para coordinar la rehabilitación después de una evacuación

MEDEX ayuda a los miembros a coordinar cualquier necesidad de rehabilitación continua después de una evacuación.

Transmisión de mensajes de emergencia a miembros de la familia

MEDEX puede recibir y transmitir mensajes de emergencia entre el Miembro o su familia y otras personas involucradas.

Acuerdo de reemplazo de medicamentos y anteojos

MEDEX ayuda a reemplazar o resurtir rápidamente las recetas y anteojos de un Miembro que se hayan perdido, robado, olvidado o agotado.

Mediante una llamada sin cargo o de cobro revertido, podrá comunicarse inmediatamente con los coordinadores de asistencia plurilingüe de MEDEX, altamente calificados, las 24 horas del día, todos los días del año. Llame al:

1-800-527-0218 o al 1-410-453-6330 Número de programa: 995

14/

Programa de beneficios para gastos médicos, lesiones y enfermedades

Beneficio máximo agregado de por vida de hasta \$250,000 (o según se especifique a continuación) por cada lesión o enfermedad

No obstante, el beneficio máximo total de por vida por pérdida sufrida o contraída debido a que la persona cubierta se encontraba bajo la influencia del alcohol o bajo la influencia de cualquier sustancia controlada (a menos que haya sido prescrita por un médico) es de \$10,000 por cada lesión o enfermedad.

Deducible de \$75 por cada lesión o enfermedad

Se eximirá del deducible al estudiante asegurado si utiliza por primera vez el centro de salud para estudiantes de la universidad aprobado y/o es recomendado por dicho centro por primera vez (UCLA Medical Center para estudiantes de UCLA). No se aplica para dependientes.

Una vez que se haya agotado el Deducible, los beneficios por gastos hospitalarios se pagarán al 100% si se utiliza un proveedor preferido (PPO), o al 50% de los gastos R&C si se utiliza un proveedor no preferido (no PPO), con excepción de lo especificado a continuación. Para obtener información adicional y un listado de proveedores preferidos, remítase a la sección Proveedores preferidos del folleto (páginas 2-3).

Los beneficios se pagarán de acuerdo con los cargos razonables y habituales para cada servicio, según se enumera a continuación. Los cargos cubiertos incluyen:

PACIENTES INTERNADOS

Gastos hospitalarios , tarifa diaria de habitación semiprivada; cuidados generales de enfermería proporcionados por el hospital; al computar la cantidad de días que se pagará conforme a este beneficio, se contará la fecha de admisión, pero no la fecha de alta. Gastos hospitalarios varios, tales como el costo del quirófano, estudios de laboratorio, radiografías, anestesia, drogas (excepto los fármacos que el paciente se lleva a su casa) o medicamentos, servicios terapéuticos y suministros.	100% para PPO/50% de R&C para no PPO
Honorarios de cirujanos , de acuerdo con los datos proporcionados por Ingenix	100% para PPO/50% de R&C para no PPO
Anestesista	100%
Servicios de personal de enfermería registrado , cuidados de personal de enfermería privado	100% para PPO/50% de R&C para no PPO
Visitas a médicos , limitadas a una visita por día, no se aplica en relación con cirugías	100% para PPO/50% de R&C para no PPO (100% por cargos de médicos de cuidados de emergencia)
Trastornos mentales y nerviosos*	100% de los gastos en que se incurra hasta un máximo de 10 días seguidos; luego 50%, hasta un máximo de 35 días adicionales

PACIENTES AMBULATORIOS

Honorarios de cirujanos , de acuerdo con los datos proporcionados por Ingenix	100% para PPO/50% de R&C para no PPO
Gastos varios , estudios de laboratorio y radiografías, incluidos honorarios profesionales; anestesia; fármacos o	100% para PPO/50% de R&C para no PPO

medicamentos; y suministros. Los cargos razonables y habituales por gastos varios se basan en el Índice de cargos de centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios

Anestesista	100%
Visitas a médicos , no se aplica en relación con cirugías o fisioterapia, pero incluye visitas a profesionales de acupuntura	100% para PPO/50% de R&C para no PPO (100% por cargos de médicos de cuidados de emergencia)
Fisioterapia , solamente para afecciones que requieran cirugía o internamiento hospitalario: 1) dentro de los 30 días inmediatamente anteriores a dicha fisioterapia; o 2) en el término de 30 días inmediatamente posteriores al alta médica para rehabilitación	100% para PPO/50% de R&C para no PPO
Gastos de emergencias médicas , uso de la sala de emergencias y sus suministros	100% para PPO/50% de R&C para no PPO
Recetas	50% de los gastos reales
Trastornos mentales y nerviosos*	50% de los gastos en que se incurriera hasta un máximo de \$ 1.000 por año del plan
<u>OTROS</u>	
Servicios de ambulancia hasta el hospital más cercano	100% de los gastos R&C
Frenos y aparatos , al presentar el reclamo se debe adjuntar una receta por escrito. Los frenos y aparatos de reemplazo no están cubiertos.	100% para PPO/50% de R&C para no PPO
Tratamiento dental , cuando sea necesario por lesiones en dientes sanos, naturales	Cargos R&C hasta \$100 por diente/hasta un máximo de \$500
Abuso de alcohol/drogas	Se paga conforme a trastornos mentales y nerviosos
Aborto terapéutico	Máximo de \$500
Servicios de rehabilitación médicamente necesarios para restablecer funciones corporales perdidas debido a una enfermedad o lesión con cobertura	100% para PPO/50% de R&C para no PPO

Reparación de anteojos, lentes de contacto o dispositivos auditivos cuando sean requeridos como resultado de una lesión cubierta 100% para PPO/50% de R&C para no PPO

* Los siguientes trastornos mentales y nerviosos tendrán beneficios pagos al igual que cualquier otra condición médica: 1) esquizofrenia; 2) trastorno esquizoafectivo; 3) trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva); 4) trastornos depresivos graves; 5) trastorno de pánico; 6) trastorno obsesivo-compulsivo; 7) trastorno generalizado del desarrollo o autismo; 8) anorexia nerviosa; 9) bulimia nerviosa; y 10) tratamiento de un niño que: a) sufra uno o más de los trastornos mentales identificados en la edición más reciente del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales), distintos de un trastorno primario de uso de sustancias o un trastorno del desarrollo, que tenga como consecuencia un comportamiento inadecuado para la edad del niño, de acuerdo con las normas de desarrollo esperado; y b) cumpla con los criterios del párrafo (2) de la subdivisión (a) del Artículo 5600.3 del Código de bienestar e instituciones (Welfare and Institutions Code).

15/

Exceso de cobertura

La Póliza maestra ofrece beneficios conforme a todas sus disposiciones solamente en la medida en que los beneficios no sean proporcionados por otro seguro válido y cobrable. Si la persona con cobertura cuenta con otro seguro válido y cobrable, todos los beneficios pagaderos por dicho seguro que superen la suma de \$25,000 se determinarán antes de que los beneficios sean pagados por la Póliza maestra. La Póliza maestra es el segundo pagador en relación con cualquier otro seguro que prevalezca sobre éste o que no contemple disposiciones de coordinación o de no duplicación de beneficios.

Si la persona con cobertura está asegurada con un seguro colectivo o un seguro contra todo riesgo además de otra cobertura, este plan pagará como máximo el 50% de los beneficios que de lo contrario serían pagaderos.

Los beneficios pagados por la Póliza maestra no superarán: 1) los montos máximos de cualquier póliza aplicable; y 2) el 100% de los gastos en que se incurriera que pueden ser compensados cuando se combinen con los beneficios pagados por cualquier otro seguro válido y cobrable.

Extensión de los beneficios una vez finalizada la cobertura

La cobertura proporcionada conforme a esta póliza cesa en la fecha de finalización. No obstante, si una persona con cobertura incurre en gastos médicos en el término de 30 días a partir de la fecha de finalización en razón de una lesión o enfermedad por la cual se pagaron beneficios antes de la fecha de finalización, se continuarán pagando los cargos cubiertos para dicha lesión o

enfermedad durante el período en que se mantenga la afección, que no excederá de 13 semanas a partir de la fecha de finalización.

El total de pagos realizados respecto de la persona con cobertura por dicha afección, tanto antes como después de la fecha de finalización, nunca superará el beneficio máximo.

Si la persona con cobertura también está asegurada con la póliza subsiguiente emitida a favor del titular de la póliza, esta disposición de extensión de los beneficios no se aplicará.

Al término de la disposición de “Extensión de los beneficios una vez finalizada la cobertura”, dejarán de existir todos los beneficios y no se realizarán otros pagos bajo ninguna circunstancia.

Esta disposición de extensión de beneficios se aplicará solamente en la medida en que la persona con cobertura no esté cubierta por esta ni por ninguna otra póliza de seguro de salud para estudiantes en el plazo siguiente a la cobertura.

16/

Exclusiones y limitaciones

No se pagarán beneficios por pérdidas o gastos ocasionados o resultantes de:

1. Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada o mientras la persona se desempeña en las fuerzas armadas de cualquier país;
2. participación en un motín o disturbio civil, la comisión o el intento de cometer un asalto o crimen;
3. lesión autoinfligida intencionalmente, suicidio o todo intento del mismo;
4. toda pérdida cubierta por la ley de compensación laboral estatal o federal, la ley de responsabilidad del empleador, la ley de enfermedad ocupacional o toda ley similar;
5. cirugía cosmética que no fuese:
 - a) cirugía reconstructiva accidental o posterior a una cirugía resultante de trauma, infección u otras enfermedades de la parte afectada; o bien
 - b) cirugía reconstructiva a causa de una enfermedad o anomalía congénita, según lo establecido para recién nacidos dependientes;
6. participar en competencias de carrera o velocidad, submarinismo, buceo, paracaidismo, caída libre o salto de gran altura con cuerda elástica, vuelo con planeador, paranavegación, planear con bote de vela o vuelo en todo tipo de aeronave, excepto como pasajero en un vuelo regular de una aerolínea comercial;
7. tratamiento electivo, cirugía, fármacos, dispositivos y/o suministros, incluidos los siguientes:

acné, alergia y frascos para alergias, incluidas pruebas de alergia; servicios de tipo biorretroalimentación; implante o reducción de mamas; circuncisión; ginecomastia; crecimiento, reemplazo o remoción capilar; hirsutismo; impotencia, orgánica o de otro tipo; discapacidades de aprendizaje; verrugas, lunares y lesiones benignas; obesidad y toda condición resultante de la misma (incluidas hernias de cualquier tipo) excepto para el tratamiento de una enfermedad encubierta subyacente; anestesia controlada por el paciente (PCA); cirugía de cambio de sexo; trastornos del sueño, incluida la experimentación correspondiente; abandono del hábito de fumar; resección submucosa y/u otra corrección quirúrgica del tabique nasal desviado, excepto en caso de tratamiento de la sinusitis purulenta aguda; vitaminas;

8. exámenes de salud de rutina, análisis o tratamientos preventivos, exámenes o análisis en ausencia de lesiones, excepto los dispuestos por la presente póliza;
9. disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ), excepto en caso de procedimientos quirúrgicos para condiciones que afecten directamente la mandíbula superior o inferior o articulaciones óseas asociadas;
10. tratamientos dentales, excepto los específicamente dispuestos por la presente póliza;
11. exámenes oculares, prescripciones o adaptaciones de anteojos y lentes de contacto o cualquier otro tratamiento por defectos y problemas visuales, a menos que fuesen pagaderos como gasto cubierto asociado con una lesión cubierta por la presente póliza;

17/

Exclusiones y limitaciones (continuación)

12. exámenes de la audición o dispositivos auditivos o cualquier otro tratamiento por defectos y problemas de la audición, a menos que sean pagaderos como gasto cubierto asociado con una lesión cubierta por la presente póliza;
13. transplante de órganos;
14. lesión que una persona con cobertura sufra mientras:
 - a) participa en cualquier torneo o competencia deportiva interescolar, intercolegial, profesional o semiprofesional;
 - b) viaja desde o hacia dicho deporte, torneo o competencia como participante; o bien
 - c) participa en cualquier programa de práctica o acondicionamiento para dicho deporte, torneo o competencia;
15. servicios y suministros que normalmente son provistos sin cargo por el sanatorio de la universidad o bien por los empleados o médicos que trabajan para la universidad;
16. tratamiento en un hospital militar o para veteranos o en un hospital contratado u operado por

el gobierno nacional o sus organismos, excepto en caso de que:

- a) los servicios sean prestados con carácter de emergencia; y
- b) exista una responsabilidad legal por los cargos en que se incurra en nombre de una persona con cobertura por servicios prestados en ausencia de seguro médico;

17. medicinas preventivas, sueros, vacunas, excepto lo establecido en la presente póliza; y

18. gastos en que se incurra en relación con procedimientos de esterilización o todo procedimiento de reversión de la esterilización o vasectomía o reversión de vasectomía y gastos en que se incurra en relación con un diagnóstico o tratamiento de infertilidad, incluidos los procedimientos de fertilización *in-vitro*, inseminación artificial y cualquier otra forma de concepción asistida.

Estudios por maternidad

Existen algunos estudios por maternidad realizados rutinariamente por médicos que pueden no estar cubiertos por esta póliza. Para obtener información adicional, llame al departamento de reclamos al 1-800-468-4343.

18/

Definiciones

Las siguientes definiciones importantes corresponden a este plan:

ACCIDENTE significa un evento externo repentino e impredecible que resulta en una lesión. El accidente debe ocurrir mientras la persona con cobertura está cubierta conforme a la póliza.

GASTOS CUBIERTOS significan todos aquellos cargos:

1. que no exceden los cargos razonables y habituales;
2. que no exceden el monto máximo del beneficio pagadero por servicio tal como se describe en la presente póliza;
3. en los que se incurre por servicios y suministros médicos no excluidos según la presente póliza; y
4. en los que se incurre por servicios y suministros médicamente necesarios.

DEDUCIBLE significa la cantidad de gastos cubiertos que se pagan en nombre de una persona cubierta antes de que los beneficios sean exigibles de conformidad con la póliza.

MÉDICO significa una persona legalmente calificada y autorizada en las artes y prácticas curativas dentro del alcance de su licencia. Un doctor no incluye: 1) la persona asegurada; 2) el cónyuge, dependiente, padre, hermano o hermana de la persona asegurada; o 3) una persona que normalmente reside con la persona asegurada.

HOSPITAL significa una institución que:

1. opera conforme a derecho;
2. asume el compromiso principal y continuo de proveer cuidados y tratamiento médicos a personas enfermas y heridas disponiendo su hospitalización;
3. está supervisada por un cuerpo de médicos;
4. provee servicios de enfermería las 24-horas brindados por un integrante del personal diplomado en enfermería (Registered Nurse, R.N.) o bajo su supervisión;
5. cuenta con instalaciones médicas, de diagnóstico y tratamiento, e importantes instalaciones quirúrgicas;
 - a) en su establecimiento; o
 - b) cuyos servicios están disponibles en forma programada; y
6. cobra por sus servicios.

EMERGENCIA significa la ocurrencia de una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos o suficiente gravedad (incluido dolor severo) tal que una persona prudente que posee un conocimiento normal de salud y medicina, podría razonablemente esperar, en ausencia de una atención médica inmediata, que:

1. Pusiera en grave riesgo la salud de la persona (en el caso de una mujer embarazada, esto incluye la salud del recién nacido);
2. Resultara en un grave deterioro de las funciones corporales; o bien
3. Resultara en una grave disfunción de cualquier órgano o parte corporal.

Los gastos en que se incurra en concepto de emergencias médicas serán pagados sólo por una enfermedad o lesión que cumpla con las condiciones enumeradas anteriormente. Estos gastos no serán pagados por enfermedades o lesiones menores.

LESIÓN significa lesión física por causa de un accidente, directamente e independientemente de enfermedad o deterioro corporal. Todas las lesiones sufridas por la misma persona en cualquier accidente, incluidas todas las condiciones relacionadas y síntomas recurrentes de estas lesiones, se consideran una única lesión.

Definiciones (continuación)

MÉDICAMENTE NECESARIOS significan aquellos servicios o suministros provistos o indicados por un médico u hospital y que son:

1. Esenciales para los síntomas y el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión;
2. Provistos para el diagnóstico o el cuidado y tratamiento directo de la enfermedad o lesión;
3. Provistos conforme a las normas de una buena práctica médica;
4. No principalmente para conveniencia de la persona asegurada o para conveniencia del médico de la persona asegurada; y
5. Los suministros o el nivel de servicios más apropiados que se pueden proveer en forma segura.

RAZONABLES Y HABITUALES (R&C) significa:

1. Cargos y tarifas por servicios o suministros médicos que sean inferiores a:
 - a) El cargo usual del proveedor por el servicio o suministro brindado; o bien
 - b) El cargo medio por el servicio o suministro en el área donde el servicio o suministro sea recibido, optándose por el monto menor; y
2. Tratamiento y servicio médico que sea razonable en relación con el servicio o suministro brindado y la gravedad de la condición médica.

ENFERMEDAD significa padecimiento o dolencia. La misma incluye embarazo normal o complicaciones del embarazo. Todas las afecciones relacionadas y síntomas recurrentes de la misma condición o de una similar se considerarán como la misma enfermedad.

Procedimiento para reclamos

1. Si es posible, procure obtener un tratamiento del centro de salud para estudiantes de la universidad (UCLA Medical Center para estudiantes de UCLA). Se lo eximirá del Deducible.
2. En caso de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. De lo contrario, obtenga tratamiento del médico u hospital más cercano. Usted puede elegir cualquier médico u hospital; sin embargo, elegir los médicos y hospitales disponibles a través del Community Care Network (PPO) puede reducir sus costos. Para obtener una lista

completa de estos centros de médicos y hospitales PPO, llame al **1-800-226-5116** o ingrese al sitio web: **www.myfirsthealth.com**.

3. Si usted asiste al consultorio de un médico o al hospital, asegúrese de presentar su tarjeta de identificación (adjunta a este folleto). Los dependientes con cobertura de acuerdo con el plan no reciben tarjetas de identificación separadas y pueden utilizar la tarjeta del estudiante asegurado para obtener tratamiento. Si el médico u hospital necesita verificar la cobertura para usted o sus dependientes, haga que éstos se comuniquen con Personal Insurance Administrators, Inc. al **1-800-468-4343**.

Debe llevar siempre con usted su tarjeta de identificación del seguro.

4. Envíe todas las facturas y otros gastos a Personal Insurance Administrators, Inc. al domicilio que aparece a continuación. Adjunte todas sus facturas. Asegúrese de incluir su número de póliza (indicado en su tarjeta de identificación).

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

LAS FACTURAS MÉDICAS DETALLADAS DEBEN PRESENTARSE A LA COMPAÑÍA DENTRO DEL PLAZO DE 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE PÉRDIDA.

Una factura médica detallada es una lista de procedimientos o servicios con los cargos asociados del hospital o del consultorio de un médico.

Conserve siempre una copia de todos los formularios presentados por reclamos para su propio archivo.

Derecho a revisión externa

Usted tendrá derecho a solicitar una revisión médica independiente si los servicios para el cuidado de la salud fueran inadecuadamente denegados, modificados o demorados.

21/

Certificado de cobertura de plan de salud grupal

Si una persona con cobertura ya no es elegible para ser asegurada conforme al plan, la persona con cobertura debe solicitar un Certificado de cobertura de plan de salud grupal a Renaissance Agencies, Inc. Esta solicitud debe realizarse telefónicamente o por escrito. La misma debe incluir el nombre de la escuela y el de cada persona que ya no sea elegible para ser asegurada conforme al plan.

Representación autorizada

No divulgaremos información individual sin autorización. Esto incluye divulgación a familiares para individuos asegurados que hayan alcanzado la mayoría de edad.

Si usted deseara autorizar a una parte adicional para actuar como su representante personal en cuestiones relativas a este plan de seguro, debemos contar con la presentación de un Formulario de autorización. Para solicitar un formulario, comuníquese con Renaissance Agencies, Inc. al domicilio que aparece a continuación o complete un formulario por Internet en la siguiente dirección: www.renstudent.com.

Resumen de la política de privacidad

Creemos firmemente en mantener la confidencialidad de la información personal que obtenemos y/o recibimos acerca de usted, y nos comprometemos a proteger su privacidad. No revelamos información privada acerca de usted a nadie, excepto según lo permita o lo exija la ley. No vendemos ni divulgamos de otro modo su información personal a persona alguna para fines que no estén relacionados con nuestros productos y servicios. Mantenemos salvaguardias físicas, electrónicas y de procedimientos que cumplen con las reglamentaciones federales y estatales a fin de proteger la información acerca de usted contra la divulgación no autorizada. Podemos divulgar cualquier información que consideremos necesaria para desarrollar nuestras actividades conforme lo exige la ley. Usted tiene derecho a acceder a toda la información personal recabada, revisarla y corregirla. Usted puede revisar nuestra política de privacidad en su totalidad, o las políticas de privacidad de otras entidades que participan en esta póliza, escribiéndonos o visitando nuestro sitio web en la dirección consignada a continuación. Usted también puede presentar una solicitud por escrito para revisar su información, a la siguiente dirección:

Renaissance Agencies, Inc.
Attention Privacy Manager
P.O. Box 2300
Santa Monica, CA 90407-2300
Teléfono: (800) 537-1777
Fax: (310) 394-0142
Sitio web: www.renstudent.com

22/

Para consultas referidas a beneficios o reclamos:

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

Para consultas referidas a elegibilidad o inscripción:

Renaissance Agencies, Inc.
P.O. Box 2300
Santa Monica, CA 90407-2300
1-800-537-1777
N.º de Licencia de California 0697235

Para bajar de Internet folletos o tarjetas de identificación, ingrese al siguiente sitio web:

www.renstudent.com

Para asistencia médica de emergencia o de viaje, llame a:

MEDEX
1-800-527-0218 ó 1-410-453-6330
Programa N.º 995

En caso de discrepancia entre la versión en inglés y la versión traducida del folleto, prevalecerá la versión en inglés.