

ATENCIÓN

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

iStudentCity.com

Plan
de seguro
de salud
para estudiantes
internacionales
2009—2010

Este es un plan integral de beneficios médicos, diseñado para proteger a los estudiantes internacionales de gastos médicos imprevistos mientras se encuentran estudiando fuera de su país de origen.

Provisto por
QBE Insurance Corporation

ELEGIBILIDAD

Los estudiantes internacionales, profesores visitantes, becarios u otras personas con pasaporte o visa de estudiante vigentes (visas F-1, J-1 o M-1) que se encuentran fuera de su país de origen en forma temporal, a quienes no se les ha otorgado la condición de residentes permanentes mientras llevan a cabo actividades educativas de tiempo completo a través de una institución de educación superior o universidad en los Estados Unidos son elegibles y deberán estar asegurados por esta póliza. Solo podrá eximirse de esta obligación a los estudiantes que ya cuenten con un seguro conforme a un plan patrocinado por su institución educativa u otro plan auspiciado por el gobierno o su embajada.

Los estudiantes asegurados deben asistir a las clases en forma activa durante, al menos, los primeros 31 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura o durante la totalidad del período para el cual se adquiere esta, el que sea menor, excepto cuando deban retirarse por razones médicas (según lo verifique y apruebe la institución educativa).

Además, los estudiantes que participan en una Capacitación práctica opcional (Optional Practical Training, OPT) o en una Capacitación práctica de plan de estudios (Curriculum Practical Training, CPT) a través de una institución de educación superior o universidad en los Estados Unidos también son elegibles para inscribirse en la cobertura en virtud de este plan.

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 de la póliza, su única obligación será reembolsar la prima menos cualquier reclamación que se haya pagado.

PLAZOS DE COBERTURA

Fechas de entrada en vigencia

Si se cumplen los requisitos de elegibilidad, la cobertura comenzará a las 12:01 a.m. de alguna de las siguientes fechas, la que sea posterior: 1) la fecha de entrada en vigencia solicitada por el estudiante en el formulario de inscripción; o 2) el día inmediatamente posterior a la fecha en que el Agente administrativo reciba la totalidad de la prima y la solicitud completada.

Los estudiantes deben inscribirse en el plan durante tres (3) meses como mínimo.

Para Estudiantes internacionales y Becarios, la cobertura puede comenzar en la fecha en que el Asegurado parte de su país de origen o de residencia habitual, y viaja directamente al programa patrocinado por la Universidad, siempre que dicho viaje comience dentro de un período de 72 horas a partir de la fecha de comienzo del período en curso para el que se pagó la prima y el viaje sea directamente del país de residencia habitual al campus y que la duración de dicho viaje no supere las 48 horas.

Fechas de finalización

La cobertura finalizará a las 12:01 a.m. de alguna de las siguientes fechas, la que sea anterior: 1) el último día para el cual se haya pagado la prima; o 2) la fecha de extinción de la póliza.

Los estudiantes y/o dependientes que dejen de ser elegibles no podrán continuar recibiendo cobertura en virtud de este plan.

No enviamos notificaciones de extinción ni de renovación. Es responsabilidad del Asegurado renovar la cobertura en forma oportuna, con sujeción a los requisitos de continuidad de elegibilidad. Deben reunirse los requisitos de elegibilidad cada vez que se pague una prima para renovar la cobertura.

PÓLIZA DE REEMBOLSO

Las primas no se reembolsan, excepto en el caso de que el Asegurado regrese permanentemente al país de origen o de residencia habitual, en cuyo caso se emitirá un reembolso proporcional únicamente cuando sea solicitado por escrito.

EXTENSIÓN DE BENEFICIOS

Si la cobertura de un Asegurado finaliza mientras está incurriendo en gastos médicos o está siendo tratado en el Centro de Salud para Estudiantes por una afección que comenzó antes de la finalización de la cobertura en virtud del Plan, la Compañía cubrirá esa afección durante 90 días a partir de la fecha de finalización o hasta el final de la afección, lo que ocurra primero.

Si un Asegurado tiene una discapacidad total en la fecha en que finaliza su seguro, la Compañía continuará con la cobertura de dicho Asegurado durante la discapacidad hasta: 1) 12 meses a partir de la fecha de finalización; 2) la fecha en que deja de tener la discapacidad total; 3) la fecha en que se alcanza el Máximo total de por vida; o 4) la fecha en que se obtiene la cobertura de reemplazo que proporciona cobertura para gastos directamente relacionados con la afección que causa la discapacidad, lo que ocurra primero.

Esta disposición de Extensión de beneficios se aplicará solamente en la medida en que el Asegurado no esté cubierto por esta ni por ninguna otra póliza de seguro de salud para estudiantes en el plazo siguiente a la cobertura. Los dependientes que adquieran tal condición durante el período de Extensión de beneficios del estudiante asegurado no son elegibles para recibir los beneficios en virtud de esta disposición.

Discapacidad total significa la incapacidad de realizar todas y cada una de las tareas de una profesión u ocupación para las cuales el Asegurado es razonablemente apto en función de su educación, capacitación y experiencia.

ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS

Lea la siguiente información para saber cuál de los siguientes proveedores o grupo de proveedores podrá proporcionarle cuidados de la salud.

Este plan ha incorporado a la cobertura varias características de contención de costos que están diseñadas para proporcionar los mejores cuidados disponibles brindando acceso a una red de profesionales médicos, incluidos médicos y hospitales conocidos como la Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO). Esta PPO está disponible a través de Beech Street Corporation. El acceso a la red proporciona beneficios en el ámbito nacional para Cargos cubiertos en los que se haya incurrido, al 80% de la Asignación para proveedores preferidos cuando se recibe tratamiento de proveedores de la red. Los beneficios se proporcionan en todo el mundo para Cargos cubiertos en los que se haya incurrido, al 60% de los Gastos razonables y habituales (Reasonable and Customary, R&C) cuando se recibe tratamiento de proveedores que no pertenecen a la red.

Si un Asegurado está recibiendo tratamiento a través de un Proveedor preferido para una afección crónica grave y aguda, embarazo, hijo recién nacido o enfermedad terminal, y se extingue el contrato entre el Proveedor y la PPO, el Asegurado podrá ser elegible, bajo determinadas condiciones, para continuar recibiendo tratamiento a través del Proveedor, a la tarifa de la PPO. Comuníquese con el administrador de reclamaciones para obtener más detalles.

Para obtener un listado completo de los Hospitales y Consultorios Médicos de la PPO, visite el sitio web en Internet www.beechstreet.com o llame al 1-800-877-1444.

Tenga en cuenta que si recibe tratamiento en un hospital de la PPO, eso no significa que todos los proveedores de ese hospital sean proveedores de la PPO. Además, si un proveedor de la PPO le refiere a otro proveedor o establecimiento, eso no significa que el proveedor o establecimiento al que se le refiere también sea un proveedor de la PPO. Por ejemplo, cuando un proveedor de la red le refiere a un laboratorio para que se realice análisis, asegúrese de que el laboratorio pertenezca a la red. Además, si va a someterse a una cirugía, asegúrese de que el anestesista sea un proveedor que pertenece a la red; de lo contrario, tendrá que pagar el coseguro del 20%. Puede encontrar esta información en el sitio web de la red que figura anteriormente.

CERTIFICACIÓN PREVIA PARA HOSPITALIZACIÓN

Cuando sea posible, se deberá notificar a la Compañía de todas las Internaciones hospitalarias antes de la admisión.

1. **NOTIFICACIÓN PREVIA DE HOSPITALIZACIONES QUE NO CONSTITUYEN EMERGENCIAS:** El paciente, el médico o el hospital deben comunicarse telefónicamente con Beech Street Corporation llamando al **1-877-323-6127**, al menos cinco (5) días hábiles 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 con Beech Street Corporation llamando al **1-877-323-6127** en el término de dos (2) días hábiles de producida la admisión para notificar cualquier admisión debido a una emergencia médica.

IMPORTANTE: La certificación previa no constituye una garantía del pago de los beneficios.

PROGRAMA DE BENEFICIOS

La Compañía pagará los Cargos cubiertos que figuran en la lista a continuación, hasta los siguientes límites:

Beneficio máximo total de por vida:

\$100,000 por Lesión o Enfermedad O

\$250,000 por Lesión o Enfermedad

Incluye beneficios de repatriación y evacuación médica

La lesión debido a la participación en una actividad de deporte de clubes se limita a un máximo de \$10,000 por año de la póliza

Deducible: \$200 por año de la póliza

Se eximirá del deducible al estudiante asegurado si utiliza por primera vez el Centro de Salud para Estudiantes aprobado y/o es recomendado por dicho centro por primera vez.

El Asegurado es responsable de pagar el monto del deducible indicado antes de que la Compañía comience a pagar los beneficios.

Los Cargos cubiertos se limitan a los siguientes:

PACIENTES INTERNADOS

<p>Alojamiento y comida/hospitalarios varios tarifa diaria promedio de habitación semiprivada y cuidados generales de enfermería proporcionados por un hospital; Gastos hospitalarios varios, entre ellos, los relativos al quirófano, las pruebas de laboratorio, las radiografías, incluidos honorarios profesionales; anestesia; drogas (excepto las drogas que el paciente se lleva a su casa) o medicamentos, servicios terapéuticos y suministros. Incluye Cuidados intensivos.</p>	<p>80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO</p>
<p>Cuidados de rutina para los recién nacidos mientras están internados en el hospital, y cuidados de enfermería de rutina proporcionados inmediatamente después del nacimiento</p>	<p>Pagado como cualquier otra Enfermedad; hasta 48 horas para parto normal/96 horas para parto por cesárea</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO</p>
<p>Honorarios de cirujanos, de acuerdo con los datos proporcionados por Ingenix, Inc. Si se realizan procedimientos múltiples a través de la misma incisión o en sucesión inmediata en la misma sesión operativa, el monto máximo pagado no superará el 50% del segundo procedimiento y el 25% de todos los procedimientos posteriores</p>	<p>80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO</p>
<p>Asistente de cirujano</p>	<p>80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO</p>
<p>Anestesiista, servicios profesionales relacionados con una cirugía con hospitalización</p>	<p>80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO</p>
<p>Personal de enfermería registrado, cuidados de personal de enfermería privado</p>	<p>80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO</p>
<p>Visitas a médicos, limitadas a una visita por día, no se aplica en relación con cirugías</p>	<p>80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO</p>
<p>Pruebas previas a la admisión, si se realizan pruebas en los 3 días hábiles anteriores a la admisión</p>	<p>80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO</p>
<p>Tratamiento de trastornos mentales y nerviosos, limitado a una visita por día Las Enfermedades mentales graves se pagan igual que cualquier otra enfermedad</p>	<p>80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO; hasta un máximo de 35 días por año de la póliza</p>
<p>Drogas y alcohol</p>	<p>80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO; hasta un máximo de 35 días por año de la póliza</p>
<p>PACIENTES AMBULATORIOS</p>	
<p>Gastos de emergencias, uso de la sala de emergencias y sus suministros</p>	<p>Después de un copago de \$100 por visita (que no se cobra si el paciente es hospitalizado); 80% de la Asignación para proveedores</p>

El tratamiento debe ser suministrado en el término de 72 horas de producida la lesión o del comienzo de la enfermedad	preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO
Honorarios de cirujanos, Si se realizan procedimientos múltiples a través de la misma incisión o en sucesión inmediata en la misma sesión operativa, el monto máximo pagado no superará el 50% del segundo procedimiento y el 25% de todos los procedimientos posteriores	80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO
Gastos varios por cirugía ambulatoria, relacionados con la cirugía programada realizada en un hospital, incluidos: quirófano; estudios de laboratorio y radiografías, incluidos honorarios profesionales; anestesia; drogas o medicamentos y suministros.	80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO (los cargos R&C para Gastos varios por cirugía del día se basan en el Índice de cargos de centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios)
Asistente de cirujano	80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO
Anestesista, servicios profesionales relacionados con una cirugía ambulatoria	80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO
Visitas a médicos, limitadas a una visita por día, no se aplica en relación con cirugías o fisioterapia Incluye tratamiento quiropráctico y acupuntura	Después de un copago de \$10 por visita, 80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; Después de un copago de \$20 por visita, 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO
Fisioterapia, cuando lo indique el médico que lo atiende; limitado a una visita por día	80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO
Servicios de diagnóstico, radiografías y laboratorio	Después de un copago de \$25 por visita, 80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO
Radioterapia y quimioterapia	80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO
Pruebas y procedimientos, servicios de diagnóstico y procedimientos médicos realizados por un médico, que no sean visitas a médicos, fisioterapia, radiografías y procedimientos de laboratorio	80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO
Inyecciones, cuando se aplican en el consultorio de un médico y se cargan al estado de cuenta del médico	80% de los cargos R&C
Pago de fármacos recetados para pacientes ambulatorios. Copagos para cada suministro de 30 días.	\$10 por concepto de copago para genéricos / \$50 por concepto de copago para originales (no genéricos); máximo anual por póliza: \$3.000
Tratamiento de trastornos mentales y nerviosos, incluye todos los cargos relacionados o secundarios en los que se incurra como resultado de un Trastorno mental y	80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO; hasta \$75 por día; hasta un máximo de 30 días por año de

nervioso (incluidos Medicamentos recetados) Limitado a una visita por día Las Enfermedades mentales graves se pagan igual que cualquier otra enfermedad	la póliza; hasta un máximo de \$5,000 por año de la póliza
Drogas y alcohol	80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO; hasta un máximo de \$5,000 por año de la póliza
OTROS	
Servicios de ambulancia	90% de los cargos R&C
Equipos médicos durables, al presentar la reclamación se debe adjuntar una receta por escrito	80% de los cargos R&C El reemplazo del equipo no está cubierto
Honorarios de médicos consultores, cuando son solicitados y aprobados por el médico que lo atiende	80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO
Tratamiento dental, cuando sea necesario por lesiones en dientes sanos, naturales únicamente	80% de los cargos R&C; hasta un máximo de \$100 por diente; hasta un máximo de \$1,000 por año de la póliza
Cuidado de la salud domiciliario	80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los Gastos razonables y habituales (Reasonable and Customary, R&C) para proveedores que no pertenecen a la PPO; hasta un máximo de 100 visitas por año de la póliza
Gastos para pacientes terminales	80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los Gastos razonables y habituales para proveedores que no pertenecen a la PPO; hasta un máximo de \$4,000 por año de por vida
Aborto electivo	80% de la Asignación para proveedores preferidos que pertenecen a la PPO; 60% de los cargos R&C para proveedores que no pertenecen a la PPO; hasta un máximo de \$500 por año de la póliza
Embarazo/maternidad, incluidas complicaciones del embarazo	Pagado como cualquier otra Enfermedad

MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Cuando, como resultado de una Lesión, el Asegurado sufra una pérdida según se indica a continuación, en el término de 180 días a partir de dicha Lesión, la Compañía pagará el beneficio aplicable para esa pérdida.

Por la Pérdida de:	Estudiante
Vida	\$10,000
Ambas manos, ambos pies o la visión de ambos ojos	\$10,000
Una mano y un pie	\$10,000
Una mano o un pie y la visión total de un ojo	\$10,000
Una mano o un pie o la visión total de un ojo	\$5,000

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 la visión 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.

BENEFICIO DE GASTOS DE EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Este beneficio se aplica únicamente a los Estudiantes internacionales que están estudiando en el extranjero mientras se encuentran fuera de su País de origen y a cualquier Dependiente asegurado mientras acompaña al estudiante asegurado. La Compañía pagará, con sujeción a las limitaciones establecidas a continuación, los gastos de Evacuación médica de emergencia en los que incurra razonablemente si el Asegurado sufre una Lesión o una Enfermedad que justifique su Evacuación médica de emergencia. El Beneficio de evacuación médica de emergencia está sujeto al monto de Beneficio máximo total de por vida indicado en el Programa de beneficios. Además, la Compañía o el representante autorizado de la Compañía deben autorizar todos los gastos de Evacuación médica de emergencia previamente para que se pague este beneficio. La Compañía se reserva el derecho de determinar el beneficio que se pagará, incluidas las reducciones, si no fue razonablemente posible ponerse en contacto con la Compañía o el representante autorizado de la Compañía previamente.

BENEFICIO DE REPATRIACIÓN DE RESTOS

Si la Lesión o la Enfermedad del Asegurado tiene como consecuencia la pérdida de la vida, la Compañía pagará, con sujeción a las limitaciones establecidas a continuación, los gastos de Repatriación de restos en los que incurra razonablemente para llevar el cuerpo del Asegurado al lugar de residencia principal del Asegurado. Los Beneficios de repatriación de restos están sujetos al Beneficio máximo total de por vida indicado en el Programa de beneficios.

La Compañía o el representante autorizado de la Compañía deben autorizar todos los gastos de Repatriación de restos previamente a la repatriación para que se pague este beneficio. La Compañía se reserva el derecho de determinar el beneficio que se pagará si no fue razonablemente posible ponerse en contacto con la Compañía o el representante de la Compañía previamente. Todas las determinaciones y pagos de la Compañía serán definitivos y liberarán a la Compañía por completo de cualquier otra responsabilidad en virtud de este Beneficio de repatriación de restos.

BENEFICIOS ESTABLECIDOS POR EL ESTADO

El Estado de California impone cobertura obligatoria para los siguientes conceptos: 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 para procedimientos dentales en 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 manejo de la osteoporosis; 13) ensayos clínicos de cáncer; 14) vacuna contra el SIDA; 15) cirugía reconstructiva en determinadas circunstancias; 16) servicios médicos por telemedicina; 17) medicamentos o dispositivos anticonceptivos recetados (si existe un beneficio para medicamentos recetados); y 18) 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 institución educativa.

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 coordinados y estarán sujetos 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 de 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. El Miembro será responsable 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 hospitalario 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 del Miembro. MEDEX no será responsable de pagar el costo de los Servicios Médicos de Emergencia.

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

Los servicios de MEDEX incluyen 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:

1-800-527-0218 ó 1-410-453-6330

Número de programa: 995

TRATAMIENTO RECIBIDO EN EL PAÍS DE ORIGEN

Si el Asegurado incurre en gastos como resultado de un tratamiento por una Lesión o Enfermedad cubierta mientras se encuentra en su país de origen o en el país de residencia habitual, la Compañía pagará los gastos cubiertos en los que haya incurrido, salvo los gastos que el Asegurado no debería pagar si este seguro no existiera o los gastos que estarían cubiertos por cualquier otro plan de seguro.

EXCLUSIONES GENERALES

Esta póliza no cubrirá cargos ni gastos por:

1. Servicios normalmente prestados sin cargo por el centro de servicios de salud para estudiantes, enfermería u hospital de la Universidad, o por los prestadores de servicios de salud empleados por la Universidad;

2. Medicamentos, sueros o vacunas preventivos, excepto según disposición específica;
3. Tratamiento de terapia del habla;
4. Servicios de cuidados de la salud domiciliarios, salvo que se establezca lo contrario;
5. Cuidado y/o tratamiento en centros de enfermería especializados;
6. Transplantes de órganos;
7. Servicios para enfermos terminales;
8. Drogas o medicamentos sin receta;
9. Lesiones sufridas o enfermedades contraídas mientras la persona se encontraba al servicio de las Fuerzas Armadas de cualquier país, excepto según disposición específica. Al ingresar a las Fuerzas Armadas de cualquier país, la Compañía reembolsará, en forma proporcional, la prima no ganada al Asegurado;
10. Enfermedades, accidentes, tratamientos o condiciones médicas resultantes de jugar o practicar deportes, o bien de viajar en relación con ellos, sea tanto entre universidades como a nivel profesional;
11. Cirugía cosmética, salvo como resultado de lesiones cubiertas que se produzcan mientras el seguro en virtud de la Póliza se encuentra vigente. Esta exclusión tampoco se aplicará a cirugía cosmética reconstructiva cuando dicho servicio esté implicado o derive de cirugías resultantes de traumatismos, infecciones u otras enfermedades de la parte del cuerpo involucrada, ni a cirugía reconstructiva por enfermedades congénitas o anomalías de un hijo dependiente cubierto que hayan tenido como consecuencia un defecto funcional;
12. Enfermedades, accidentes, tratamientos o condiciones médicas resultantes de la práctica de parapentismo, paracaidismo con caída libre, vuelo con planeadores, paravuelo, aladeltismo, saltos en altura con cuerda, carreras o competencias de velocidad, buceo, paracaidismo o saltos con cuerda elástica;
13. Lesiones o enfermedades por las cuales se pagan beneficios en virtud de cualquier Ley de Accidentes de Trabajo o Ley de Enfermedades Profesionales;
14. Gastos en que se incurriera como resultado de un tratamiento dental. Esta exclusión no se aplica a tratamientos resultantes de lesiones en los dientes naturales;
15. Gastos en que se incurriera por tratamiento de disfunción de las articulaciones temporomandibulares y dolores miofaciales asociados;
16. Gastos en que se incurriera con posterioridad a la fecha de finalización del seguro para un Asegurado, salvo según lo establezca específicamente la Disposición de extensión de beneficios, si corresponde;
17. Servicios médicos que no son Necesarios desde el punto de vista médico o que no son conformes con los estándares médicos de la práctica dentro de la comunidad. También servicios y suministros en relación con tratamientos experimentales o de investigación (excepto cuando Health International certifique que son Necesarios desde el punto de vista médico para personas con enfermedades terminales);
18. Lesión o enfermedad resultante de una guerra declarada o no declarada; o cualquier acto de la misma;
19. Cargos por tratamiento de cualquier Lesión o Enfermedad debido a la comisión, o el intento de comisión de un delito grave, o un delito que se consideraría grave si se iniciaran acciones;
20. Lesiones resultantes de la participación en un motín;
21. Servicios o suministros prestados por un familiar cercano del Asegurado. Familiar cercano significa el cónyuge, los hijos, los padres, y los hermanos y hermanas del Asegurado;
22. Los gastos en que se incurriera en relación con los cuidados de los pies solo con el fin de mejorar la comodidad o el aspecto, tales como pies débiles, cansados o planos; subluxación; callos; callosidades; juanetes, excepto operaciones a incisión abierta; cuidados de rutina de las uñas del pie, excepto la remoción de la raíz de la uña y servicios necesarios en el tratamiento de metatársalgia o insuficiencia venosa periférica; tratamiento de la inestabilidad y el desequilibrio de los pies; y cualquier tarsalgia, metatársalgia. No se excluyen los gastos en que se incurriera para el cuidado y tratamiento de una Lesión, o infección o enfermedad;
23. Gastos en que se incurriera en relación con la planificación familiar, estimulación de la fertilidad, estudios de fertilidad, tratamiento de la infertilidad, fertilización in-vitro, inseminación artificial y servicios o suministros para inducir la concepción;
24. Gastos en que se incurriera en relación con un procedimiento de esterilización voluntaria o cualquier proceso de reversión de esterilización;
25. El tratamiento de la obesidad, incluido cualquier cuidado que consista fundamentalmente en dietas o ejercicios para perder peso, excepto para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida;
26. Gastos en que se incurriera para la cirugía transexual o cualquier tratamiento previo o relacionado con una cirugía transexual;
27. Orientación matrimonial, familiar y grupal;
28. Gastos en que se incurriera para exámenes o prescripciones relacionadas con la visión, anteojos y lentes de contacto (salvo parches oculares protectores de la esclerótica destinados al uso con vendajes corneales), refracciones oculares, terapia para los ojos, estudios de fases múltiples, cirugía lasix u otros procedimientos para los ojos, salvo cuando sean requeridos para reparaciones causadas por una lesión cubierta;
29. Cuidado de bebés sanos, incluidos exámenes e inmunizaciones de rutina, excepto según disposición específica;
30. Exámenes físicos periódicos de rutina y radiografías de tórax de rutina, excepto según disposición específica;
31. Gastos en que se incurriera por estudios y tratamiento de alergias;
32. Tratamientos brindados en hospitales públicos, salvo que exista una obligación legal de pagar dichos cargos en ausencia de un seguro;
33. Los gastos por cualquier servicio o suministro que no se especifiquen en la póliza como un servicio cubierto;
34. Un monto de un cargo que supere los gastos razonables y habituales;

35. Tratamientos electivos o cirugías electivas, excepto según disposición específica;
36. Servicios que no sean necesarios desde el punto de vista médico;
37. Accidentes que se produzcan como consecuencia de trasladarse como pasajero o de otro modo en cualquier vehículo o dispositivo para navegación aérea, salvo como pasajero que abona un boleto en una aeronave operada por una aerolínea con vuelos programados, cuyo cronograma de vuelos se publique periódicamente sobre una ruta regularmente establecida;
38. Suicidio, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas intencionalmente;
39. Gastos en que se incurriera por: ligadura de trompas; vasectomía; implantes de senos; reducción de senos; cirugía de cambio de sexo; impotencia (orgánica o de otro tipo); acné no quístico; control de la natalidad sin prescripción médica; resección submucosa y/u otras correcciones quirúrgicas del tabique desviado, salvo cuando sean requeridas para el tratamiento de la sinusitis purulenta aguda; circuncisión; ginecomastia; hirsutismo y discapacidades o trastornos del aprendizaje o trastorno de déficit de atención;
40. Gastos en que se incurriera por: tratamientos tópicos contra el acné, lunares, verrugas o lesiones no malignas, medicación para la fertilidad; vitaminas o suplementos dietarios; productos para dejar de fumar; agentes de inmunización; sueros biológicos; drogas para promover o estimular el crecimiento del cabello; drogas experimentales; drogas suministradas en una casa de reposo u hospital, salvo según las disposiciones del Beneficio de gastos hospitalarios;
41. Pruebas, tratamientos o servicios para cualquier afección en ausencia de una Enfermedad o Lesión, excepto que se disponga específicamente;
42. Gastos en que se incurriera por servicios o suministros para el diagnóstico y tratamiento de trastornos del sueño, incluidos, a modo de ejemplo, monitoreo de apnea y estudios del sueño;
43. Dispositivos auditivos, incluidos los exámenes de adaptación, salvo según sea requerido para corregir daños causados por una Lesión que se produzca mientras el paciente esté cubierto por este Plan, siempre que se obtengan en el término de cuatro meses de la fecha de la Lesión;
44. Adicción a la nicotina, excepto que se disponga específicamente.

LIMITACIÓN DE AFECCIONES PREEXISTENTES

Una Afección preexistente es una Enfermedad, Lesión o afección relacionada para la cual se recomendó o recibió asesoramiento, diagnóstico, cuidados y tratamiento médicos por parte de un médico durante los seis (6) meses consecutivos anteriores a la Fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Asegurado en virtud de la póliza.

El período de espera para la Afección preexistente es de seis (6) meses. No se proporcionará cobertura para una Afección preexistente hasta tanto haya transcurrido el período de espera. El período de espera para la Afección preexistente se aplica a todas las personas cubiertas en virtud de la póliza y comienza en la Fecha de entrada en vigencia del Asegurado.

Si el Asegurado recibe tratamiento o servicio para una Afección preexistente: 1) la Compañía no pagará beneficios para dicha afección hasta el día posterior a un período de seis (6) meses consecutivos desde la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Asegurado; y 2) la Compañía pagará únicamente las pérdidas o los gastos en los que se haya incurrido una vez transcurrido dicho período de seis (6) meses consecutivos.

Se acreditará un período de Cobertura acreditable si la Cobertura acreditable anterior fue continua hasta, como máximo, 62 días antes de la Fecha de entrada en vigencia de la nueva cobertura.

El pago estará de acuerdo con las disposiciones de esta póliza. Si el Asegurado registra una interrupción en la cobertura, deberá volver a cumplir con el período de espera de la Afección preexistente.

Cobertura acreditable

Este término se refiere a una póliza, contrato o programa individual o grupal, dentro o fuera de los Estados Unidos que dispone o proporciona cobertura médica, hospitalaria y quirúrgica no designada para complementar otros planes privados o del gobierno. El término incluye la continuación o conversión de la cobertura.

1. un plan de salud grupal para empleados;
2. cobertura de seguro de salud o de la Organización de Mantenimiento de Salud;
3. Medicare;
4. Medicaid;
5. Capítulo 55 del título 10, del Código de los Estados Unidos (CHAMPUS);
6. un programa de cuidados médicos del Servicio de Salud Indígena o de una organización tribal;
7. un fondo estatal para cubrir riesgos relacionados con beneficios de salud;
8. un plan de salud ofrecido en virtud del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales;
9. un plan de salud pública según la definición de las reglamentaciones federales;
10. un plan de beneficios de salud en virtud de la Sección 5(e) de la Ley de los Cuerpos de Paz;
11. cualquier otra cobertura similar permitida en virtud de las leyes o reglamentaciones estatales/federales;
12. cualquier otra Cobertura acreditable según la definición de la subsección (c) de la sección 2701 del Título XXVII de la Ley Federal de Servicios de Salud Pública; o
13. cualquier otro programa patrocinado públicamente, proporcionado en este estado o en otro lugar, o cuidados médicos, hospitalarios y quirúrgicos.

Excepciones

La exclusión de la Afección preexistente no se aplica a ninguno de los siguientes casos:

1. embarazo, incluidas complicaciones, si dicha afección está cubierta en virtud de la póliza;

COBERTURA EXCEDENTE

No se paga ningún beneficio en virtud de la póliza por ningún gasto en el que se haya incurrido por una Lesión o Enfermedad que sea pagadera por cualquier otro seguro válido y cobrable, excepto la cobertura para pagos médicos del seguro del automóvil.

Los Cargos cubiertos excluyen los montos no cubiertos por la aseguradora primaria debido a sanciones impuestas al Asegurado por no cumplir con las disposiciones o los requisitos de la póliza.

DEFINICIONES

Las siguientes definiciones importantes se aplican a este plan:

Accidente significa un acontecimiento específico, imprevisto, no intencional e inesperado, que se produce mientras un Asegurado está cubierto por la póliza y que tiene como consecuencia directa una Lesión, sin que medie ninguna otra causa.

Cargo cubierto significa aquellos cargos por cualquier tratamiento, servicio o suministro: 1) que corresponden a Proveedores de la red, que no superen la Asignación para proveedores preferidos; 2) que corresponden a Proveedores que no pertenecen a la red, que no superen los Gastos razonables y habituales; 3) que no superan los cargos que se habrían aplicado en ausencia de este seguro; y 4) en los que se haya incurrido mientras la póliza estaba en vigencia para el Asegurado.

Emergencia implica una Enfermedad o Lesión que exija un tratamiento médico inmediato en el centro disponible más cercano. Para cumplir con la definición de "emergencia", la afección se debe manifestar mediante síntomas agudos que sean lo suficientemente graves (entre ellos, dolores de importancia) como para que la falta de atención médica inmediata pudiera derivar en alguna de las siguientes situaciones:

1. La salud o la vida del paciente correrían serio peligro.
2. Las funciones corporales se verían seriamente disminuidas.
3. Algún órgano o alguna parte del cuerpo podrían resultar seriamente dañados.

Una emergencia no contempla los síntomas recurrentes de una afección o enfermedad crónica, a menos que la aparición de tales síntomas pudiera ser un indicio razonable de las complicaciones previamente mencionadas.

Lesión se refiere a una lesión física causada por un accidente que es la causa única de la pérdida. Todas las lesiones resultantes de la misma causa o de una causa relacionada se consideran una Lesión.

Asegurado significa un estudiante asegurado, mientras esté(n) asegurado(s) en virtud de esta póliza.

Necesario desde el punto de vista médico significa que un servicio, medicamento o suministro es necesario para el diagnóstico o tratamiento de una Lesión o Enfermedad, de acuerdo con los estándares generalmente aceptados del ejercicio de la medicina en los Estados Unidos al momento en que se proporciona el servicio, medicamento o suministro. Se considerará que un servicio, medicamento o suministro es "necesario" si:

1. es indicado por un médico con licencia; y
2. si es reconocido común y habitualmente en la profesión médica como apropiado para la Lesión o Enfermedad en particular para la que fue indicado.

Un servicio, medicamento o suministro no se considerará Necesario desde el punto de vista médico si es para fines de investigación, experimentos o educación.

Afección preexistente significa una Enfermedad, Lesión o afección relacionada para la cual un médico recomendó o suministró asesoramiento médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento durante los seis (6) meses consecutivos anteriores a la Fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Asegurado en virtud de la póliza. El embarazo, incluidas las complicaciones del embarazo, no se considerará una afección preexistente.

Asignación para proveedores preferidos significa el monto que un Proveedor de la red aceptará como pago total por los cargos cubiertos.

Gastos razonables y habituales (R&C) significan las tarifas y precios que generalmente se cobran en la localidad donde se realizan, por servicios y suministros Necesarios desde el punto de vista médico requeridos para el tratamiento de casos de gravedad y naturaleza comparable.

Enfermedad mental grave significa 1) esquizofrenia; 2) trastorno esquizoafectivo; 3) trastorno bipolar (enfermedad maniaco-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 menor de 18 años 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).

Enfermedad se refiere a una afección o enfermedad que es la causa única de la pérdida. La enfermedad incluye tanto el embarazo normal como las Complicaciones de embarazo. Todas las enfermedades resultantes de la misma causa o de una causa relacionada se consideran una enfermedad.

PROCEDIMIENTO PARA RECLAMACIONES

1. Después de recibir tratamiento, complete el formulario de reclamación de la compañía de seguro.
 - a) Los formularios de reclamación están disponibles a través de Personal Insurance Administrators, Inc., o puede descargar un formulario de reclamación en **www.renstudent.com**.
 - b) Asegúrese de incluir su número de póliza (como aparece en su tarjeta de identificación) en el formulario de reclamación.
 - c) Responda todas las preguntas y asegúrese de firmar el formulario de reclamación antes de presentarlo.
2. Es posible que tenga otros gastos, como medicamentos, radiografías o cargos de laboratorio; asegúrese de adjuntar estas facturas al formulario de reclamación.
3. Envíe su formulario de reclamación y todas las demás facturas a Personal Insurance Administrators, Inc., a la dirección que figura a continuación. Trate de adjuntar todas las facturas detalladas al mismo formulario de reclamación.
 - a) No envíe facturas sin el formulario de reclamación completado. Las facturas no se tendrán en cuenta, a menos que se presente toda la información requerida en el formulario de reclamación.
 - b) Se debe presentar un formulario de reclamación debidamente completado por cada Lesión o Enfermedad.
4. Todos los formularios de reclamaciones y facturas deben enviarse a:

Personal Insurance Administrators, Inc.
P.O. Box 6040
Agoura Hills, CA 91376-6040

5. Si tiene alguna pregunta acerca del estado de su reclamación después de que haya sido presentada, llame a Personal Insurance Administrators, Inc. al **1-800-468-4343**.

Debe presentarse una reclamación en el término de 90 días después de que se haya producido una Lesión o Enfermedad a fin de que se pague la reclamación.

Usted tendrá derecho a solicitar una revisión médica independiente si los servicios para el cuidado de la salud fueran inadecuadamente denegados, modificados o demorados en función de su necesidad desde el punto de vista médico.