

Vision Preferred Plan 1025-2

PARA AFILIADOS DE HEALTH NET

La cobertura de servicios de la vista que quiere, con la comodidad que necesita.

Lo realmente conveniente es que tiene opciones. Por ejemplo, puede obtener servicios de cuidado de la vista asequibles de una red de oftalmólogos, optometristas y ópticas.

Los proveedores pueden encontrarse en línea ingresando en **eyemedvisioncare.com**. Este plan ofrece descuentos en los procedimientos de corrección de la vista LASIK o PRK de U.S. Laser Network.

Descripción de los beneficios	Beneficios del plan	
	Dentro de la red, el afiliado paga	Fuera de la red, el afiliado reembolso
Examen con dilatación, según sea necesario	Copago de \$10	Hasta \$40
Opciones de exámenes		
Adaptación de lentes de contacto estándares y seguimiento	Copago de hasta \$55	N/A
Adaptación de lentes de contacto de primera calidad y seguimiento	10% de descuento en el precio minorista	N/A
Lentes de plástico estándares		
Monofocales	Copago de \$25	Hasta \$40
Bifocales	Copago de \$25	Hasta \$60
Trifocales	Copago de \$25	Hasta \$80
Lenticulares	Copago de \$25	Hasta \$80
Lentes progresivos estándares	Copago de \$90	Hasta \$60
Lentes progresivos de primera calidad	Copago de \$90 más el 80% del cargo menos la asignación de \$120	Hasta \$60
Marcos		
Cualquier marco disponible en el establecimiento de un proveedor	Copago de \$0, asignación de \$100 para compra minorista de cualquier marco más 20% de descuento en el saldo que supere la asignación	Hasta \$45

¿Tiene preguntas?
 Llame a
 Envolv Vision al
 1-866-392-6058.

(continúa)

Descripción de los beneficios	Beneficios del plan	
Opciones de lentes		
Con protección ultravioleta	Copago de \$15	N/A
Con tinte (<i>sólido y degradado</i>)	Copago de \$15	N/A
Estándares con recubrimiento antirrayas	Copago de \$15	N/A
Estándares de policarbonato	Copago de \$40	N/A
Estándares con protección antirreflejos	Copago de \$45	N/A
Otros adicionales y servicios	20% de descuento	N/A
Lentes de contacto (<i>incluye materiales solamente</i>)	Asignación de \$90	N/A
Convencionales	Copago de \$0 más 15% de descuento en el saldo que supere la asignación	Hasta \$105
Desechables	Copago de \$0 más el saldo que supere la asignación	Hasta \$105
Medicamento necesarios	Copago de \$0	Hasta \$210
Corrección de la vista con láser		
Cirugía LASIK o PRK de U.S. Laser Network. Los asegurados deben llamar primero al 1-877-5LASER6 para buscar el centro más cercano y recibir la autorización para el descuento.	Descuento del 15% en el precio minorista o del 5% en el precio promocional	N/A
Frecuencia		
Examen	Una vez cada 12 meses	
Lentes o lentes de contacto	Una vez cada 12 meses	
Marcos	Una vez cada 24 meses	

Limitaciones y exclusiones del plan

- Capacitación ortóptica o de la vista, aparatos para la vista deficiente y cualquier evaluación complementaria relacionada.
- Lentes aniseicónicos.
- Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o de las estructuras de soporte.
- Accesorios para la corrección de la vista requeridos por un empleador como condición para el trabajo y accesorios de seguridad para la vista, a menos que tengan cobertura específica a través del plan.
- Servicios proporcionados debido a una ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales.
- Lentes y anteojos de sol sin aumento (sin receta médica), salvo un descuento del 20%.
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Se excluyen ciertas marcas comerciales de marcos sobre las que los fabricantes fijan una política de no ofrecer descuentos.

Para proveedores participantes, los asegurados recibirán un descuento del 20% en el saldo restante que supere la cobertura del plan, que no se puede combinar con ningún otro descuento u oferta promocional. Este descuento no se aplica a los servicios profesionales del proveedor ni a lentes de contacto. Los precios minoristas pueden variar según la ubicación.

Los descuentos no se aplican a los beneficios proporcionados por otros planes de beneficios grupales. Las asignaciones son beneficios por única vez; no hay saldos restantes. Los materiales perdidos o rotos no tienen cobertura.

Este resumen solo presenta información general y no incluye todos los beneficios, los detalles y las exclusiones. Consulte el *Certificado de Seguro* si quiere conocer los términos y las condiciones de la cobertura, incluidos los servicios que tienen limitaciones o están excluidos de la cobertura.

Los planes de la vista están asegurados por Health Net Life Insurance Company y cuentan con los servicios de Envolv Vision, Inc. Envolv Vision, Inc. y Health Net Life Insurance Company son subsidiarias de Centene Corporation.

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados.