

2026 PLANES DE VISIÓN

RESUMEN DE BENEFICIOS & COBERTURA

Proveedor dentro de la Red de MediExcel		
Beneficio	Beneficios Pediátricos*	MEJOR VALOR V100
Examen de la Vista	\$0 Copago cada 12 meses	\$0 Copago cada 12 meses
Armazón	\$30 dólares de prestación El miembro paga cualquier monto adicional, cada 24 meses.	\$100 dólares de prestación El miembro paga cualquier monto adicional, cada 24 meses.
Lentes	\$0 Copago Hasta 61 mm, Monofocal o bifocal.	\$0 Copago Hasta 61 mm, Monofocal o bifocal.
Opciones de Lente	\$0 Copago Tinte Rosa #1 o Tinte Rojo #2.	\$0 Copago Tinte Rosa #1 o Tinte Rojo #2.
Lentes de Contacto Electivos/Cosméticos*	No Se Cubre	\$100 dólares de prestación El miembro paga cualquier monto adicional, cada 12 meses, ajuste y cita de seguimiento tendrá costo adicional.
LASIK	No Se Cubre	\$900 por ojo 6 meses sin cambio de refracción De 20-50 años de edad Miopía moderada (refracción de -2.25/-5.00)

Proveedor Fuera de la Red de MediExcel - No Se Cubre

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN V100:

- Se requiere la inscripción mínima de un empleado.
- Se puede ofrecer como plan voluntario.
- El grupo debe mantener cobertura médica activa en MediExcel Health Plan para ser elegible para el plan de visión.
- El suscriptor deberá estar inscrito en la cobertura médica de MediExcel Health Plan para calificar para el plan de visión.

LIMITACIONES:

- No se cubren procedimientos repetidos, de seguimiento o refinamientos.
- Lentes de contacto o evaluación/prueba de adaptación de lentes, excepto según lo específicamente provisto. Solo se cubren los lentes de contacto en lugar de armazón y lentes.
- Lentes cuando no hay cambio de graduación, excepto cuando existan beneficios disponibles.
- Lentes o armazón perdidos, robados, quebrados no serán reemplazados, excepto cuando existan beneficios disponibles.
- Lentes personalizados (no estándar) como lentes progresivos, de policarbonato, biselados, lentes con facetas, lentes con recubrimiento, o lentes de tamaño extra, los cuales excedan la Lista de Cantidades Permitidas.
- Tintes, que no sean rosa # 1 o rojo # 2, excepto según lo específicamente provisto.
- El procedimiento LASIK solo se cubre en el Instituto IDOC dentro del Hospital Excel en Tijuana, y en lugar de armazón, lentes, o lentes de contacto.

EXCLUSIONES:

- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Lentes sin graduación (plano.)
- Ortóptica, entrenamiento visual o ayuda para la vista subnormal.

**Solo se incluye con los planes para Empresas Pequeñas del 2025.*

Favor de consultar tu Evidencia de Cobertura para más detalles. Para preguntas, favor de comunicarte con Servicio al Miembro al (619) 365-4346.