

Plan de Visión V100

Resumen de Beneficios

ESTE RESUMEN FUE DISEÑADO PARA AYUDARTE A COMPARAR TUS BENEFICIOS. PARA UNA DESCRIPCION DETALLADA Y SUS LIMITACIONES DE COBERTURA, FAVOR DE CONSULTAR TU EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL CONTRATO DE TU PLAN.

Cómo Utilizar Tu Seguro de Visión

Tu seguro de visión te brinda acceso a una red de proveedores que no requieren un deducible o formularios adicionales por llenar. Para agendar una cita, favor de comunicarte con Servicio al Miembro al (619) 365-4346.

PROVEEDORES DENTRO DE LA RED DE MEDIEXCEL

Servicio	Copago	Frecuencia
Examen de la Vista	\$0 de copago	cada 12 meses
Armazones	\$100 dólares de prestación para armazón <i>El miembro paga cualquier monto arriba de los \$100.00 dólares.</i>	cada 24 meses
Lentes (hasta 61mm)	\$0 de copago: • Monofocal • Bifocal	cada 12 meses
Opciones de Lente	\$0 de copago para Tinte Rosa #1 o Tinte Rojo #2 <i>Mejoras en tratamiento de lentes como filtro UV, policarbonato normal, fotocromáticos y lentes progresivos estándar, tienen un descuento de acuerdo con el proveedor seleccionado.</i>	
Lentes de Contacto Electivos/Cosméticos*	\$100 dólares de prestación para lentes de contacto <i>*En lugar de armazón y lentes. El miembro paga cualquier monto arriba de los \$100.00 dólares. Ajuste y cita de seguimiento tendrá costo adicional.</i>	cada 12 meses
Cirugía LASIK**	\$900 por ojo <i>**en lugar de prestación para armazón/lente estándar y beneficios para lentes de contacto.</i> <i>Requisitos:</i> • 6 meses sin cambio de refracción • De 20-50 años • Miopía moderada (refracción de -2.25/-5.00)	

PROVEEDORES FUERA DE LA RED DE MEDIEXCEL

Servicio	Copago	Frecuencia
No se cubre.		

LIMITACIONES:

- No se cubre 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 o 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 está cubierto en el Instituto IDOC dentro del Hospital Excel en Tijuana.

EXCLUSIONES:

- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Lentes sin graduación (*plano*.)
- Ortóptica, entrenamiento visual o ayuda para la vista subnormal o de baja visión.
- Servicios de carácter experimental o en fase de investigación.

Este es solo un listado parcial de exclusiones y limitaciones del Plan, pudieran aplicar otros. Favor de consultar tu Evidencia de Cobertura para más detalles. Para preguntas, favor de comunicarte con Servicio al Miembro al (619) 365-4346.