

## PLANES DE VISIÓN

### RESUMEN DE BENEFICIOS & COBERTURA

Proveedor dentro de la Red de MediExcel		
	Incluido dentro de los Planes para Empresas Pequeñas	MEJOR VALOR
Beneficio	Beneficios Pediátricos*	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.