

Plan de Servicio Completo – Copago de \$0

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DE LA VISTA



ÉSTE ES UN RESUMEN BREVE DEL PLAN Y NO SE DEBE ACEPTAR NI INTERPRETAR COMO UN SUSTITUTO DE LAS DISPOSICIONES DEL CONTRATO.

Suscripto por:

BENEFICIOS

Examen Completo de la Vista	Uno cada 12 meses
Lentes*	Un par cada 24 meses
Marco	Un marco cada 24 meses
Lentes de Contacto*	Un par cada 24 meses

*Es posible obtener lentes a los 12 meses si se hace alguno de los siguientes cambios a la receta:

- Un cambio de 0.50 de dioptría o más en la receta;
- Un cambio en el eje de astigmatismo de 15 grados; o
- Una diferencia en el prisma vertical mayor a 1 prisma de dioptría.

La Póliza brinda cobertura total para los Servicios Cubiertos cuando usted va a un Proveedor Participante de la red MESVision. Si los Servicios Cubiertos son proporcionados un Proveedor No Participante, se pagarán los cargos pero sin exceder el siguiente Esquema de Asignaciones.



	Proveedor Participante	Proveedor No Participante
Copago	\$0	\$0
Examen Completo	Cubierto	Hasta \$40
Lentes Simples	Cubiertos	Hasta \$30
Lentes Bifocales	Cubiertos	Hasta \$50
Lentes Trifocales	Cubiertos	Hasta \$65
Lentes Progresivas	Hasta \$86.81	Hasta \$65
Lentes Monofocales para Afáquico o Lenticulares	Cubiertos	Hasta \$125
Lentes Multifocales para Afáquico o Lenticulares	Cubiertos	Hasta \$125
Marco	Hasta \$100 ¹	Hasta \$40
Lentes de Contacto ²		
Médicamente Necesarios	Cubiertos	Hasta \$250
Cosméticos o por Comodidad	Hasta \$100	Hasta \$100

1. Los Proveedores Participantes permiten una selección de marcos a precio minorista de hasta \$100 con lentes que se adecuan a un tamaño de ojo inferior a 61 milímetros. Si se selecciona un marco más costoso, usted es responsable del costo adicional por arriba de los \$100. Si los lentes recibidos son de 61 milímetros o más, el costo por el aumento de tamaño es su responsabilidad. Los beneficios de marcos a precio minorista se convertirán al equivalente del precio mayorista en ciertos proveedores; puede consultar el sitio web o el directorio de proveedores de MESVision para obtener más información.
2. Este beneficio se añade al examen completo de la vista, pero reemplaza los lentes y el marco. Si los lentes de contacto se usan por motivos cosméticos o por comodidad, la Póliza pagará hasta \$100 para la evaluación de los lentes de contacto, costos de ajustes y materiales. Todo saldo es su responsabilidad. Si los lentes de contacto son médicamente necesarios, están cubiertos completamente por el beneficio. Se requiere aprobación de parte de MESVision. Consulte su Póliza si necesita información adicional.

DESCUENTOS

Hay un descuento del 20% en características adicionales como tintes, revestimientos y otros cargos por accesorios de los lentes estándares, después de que se proporcionan los Servicios Cubiertos. El descuento puede aplicarse a los cargos por el marco o los lentes de contacto (excepto los lentes de contacto de reemplazo o los desechables) sobre las asignaciones estipuladas. El descuento de 20% también se aplica a los pares adicionales de anteojos y/o pares de lentes de contacto estándares. Para determinar si un proveedor participante ofrece el descuento del 20%, un asegurado puede revisar su Directorio de Proveedores Participantes, llamar a MESVision o visitar www.mesvision.com. Hay descuentos disponibles por medio de TLCVision para procedimientos LASIK convencionales y acostumbrados con el programa TLCVision Advantage.

Para encontrar a un proveedor participante, una persona asegurada puede visitar www.mesvision.com o llamar a MESVision al (800) 877-6372.

Plan de Servicio Completo – Copago de \$0

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DE LA VISTA



Suscripto por:



PARA OBTENER SERVICIOS FÁCILMENTE

- Seleccione a un Proveedor Participante en www.mesvision.com o en el directorio de MESVision. Obtener los servicios de un Proveedor Participante maximizará sus beneficios.
- Haga una cita con el Proveedor Participante elegido e infórmelo de su cobertura de la vista.
- ¡Listo! Su médico se encargará del resto. El Proveedor Participante se comunicará con MESVision con el fin de verificar los beneficios para los cuales es elegible y enviar un reclamo para el pago de los servicios cubiertos por su plan.
- Si se reciben Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante, usted será responsable del pago completo al proveedor. Usted o su proveedor debe enviar la factura detallada y una copia de su receta con el Formulario de Reclamo a MESVision. Se hará el reembolso a la persona asegurada según el esquema de asignaciones indicado para los Proveedores No Participantes.

EXCLUSIONES

- Todo examen oftalmológico requerido por el empleador como condición para el empleo;
- Todo Servicio Cubierto provisto por otro plan de la vista;
- Enfermedades cubiertas por la ley de Compensación de los Trabajadores;
- Seguro o equipo de cuidado de los lentes de contacto;
- Estuches para marcos;
- Servicios Cubiertos que comenzaron antes de la fecha de vigencia del Afiliado o después de que finalizaron los beneficios;
- Cargos que no son responsabilidad legal del Afiliado;
- Servicios Cubiertos requeridos por cualquier agencia gubernamental o programa federal, estatal o subdivisión de éste;
- Servicios Cubiertos realizados por un familiar cercano o por una persona que normalmente reside en el hogar del Afiliado;
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos;
- Ortóptica, terapia visual o Accesorios para la Visión Defectuosa o Anormal;
- Servicios que son de naturaleza Experimental o de Investigación;
- Servicios para tratamientos relacionados directamente con cualquier enfermedad o lesión que cause incapacidad total;
- No se reemplazarán los lentes o marcos que se pierdan, se roben o se rompan, excepto cuando los beneficios estén de otro modo disponibles;
- En relación con una guerra o cualquier acto bélico declarado o no;
- Una enfermedad o accidente que ocurra durante el servicio activo de tiempo completo en las fuerzas armadas o en cualquier país o combinación de países.

LIMITACIONES

- Lentes de contacto y ajustes, a excepción de lo previsto específicamente;
- Anteojos cuando no se recetó ningún cambio, excepto cuando los beneficios están disponibles de otro modo;
- Lentes no estándares, que incluyen, entre otros: Progresivas, Fotocromáticas, de Alto Índice de Refracción (Hi-index), de Policarbonato, lentes de trabajo, biseladas, facetadas, con recubrimiento o de gran tamaño;
- Tintes que no sean Rosado #1 o #2, excepto por lo previsto específicamente;
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales, a menos que estén recetados;
- Exámenes intermedios de pacientes nuevos: Cuando un Afiliado selecciona un proveedor diferente para que realice los exámenes intermedios, el Afiliado será responsable de la diferencia entre la asignación para el examen intermedio y la asignación para el examen completo. Para maximizar los beneficios, el paciente debe volver al proveedor original;
- Anteojos sin receta (Plano), excepto cuando estén cubiertos específicamente.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios oftalmológicos, comuníquese con MESVision a:

P.O. Box 25209
Santa Ana, CA 92799
(800) 877-6372
www.mesvision.com