

# Plan de Servicio Completo – Copago de \$10

## 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. Los servicios cubiertos se definen en la evidencia de cobertura de MESVision; solicite una copia en servicio al cliente de MESVision.

### BENEFICIOS

Examen Completo de la Vista	Uno cada 12 meses	<p>*Es posible obtener lentes a los 12 meses si se hace alguno de los siguientes cambios a la receta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un cambio de 0.50 de dioptría o más en la receta;</li> <li>• Un cambio en el eje de astigmatismo de 15 grados; o</li> <li>• Una diferencia en el prisma vertical mayor a 1 prisma de dioptría.</li> </ul>
Lentes*	Un par cada 24 meses	
Marco	Un marco cada 24 meses	
Lentes de Contacto*	Un par cada 24 meses	

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	\$10	\$10
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 \$130 <sup>1</sup>	Hasta \$40
Lentes de Contacto <sup>2</sup>		
Médicamente Necesarios	Cubiertos	Hasta \$250
Cosméticos o por Comodidad	Hasta \$130	Hasta \$130

1. Los Proveedores Participantes permiten una selección de marcos a precio minorista de hasta \$130 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 \$130. 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 \$130 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](http://www.mesvision.com). Hay descuentos disponibles por medio de TLCVision para procedimientos LASIK convencionales y acostumbrados con el programa TLCVision Advantage.

## CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR



Llame a MESVision al número **800.877.6372** o visite su sitio web en [mesvision.com](http://mesvision.com) para localizar un proveedor participante de MESVision. Se puede solicitar una copia de la Evidencia de cobertura de MESVision si se comunica con el Departamento de servicio al cliente, disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

## PARA OBTENER SERVICIOS FÁCILMENTE

- Seleccione a un Proveedor Participante en [www.mesvision.com](http://www.mesvision.com) o en el directorio de MES*Vision*. Obtener los servicios de un Proveedor Participante maximizará sus beneficios.
- Haga una cita con el Proveedor Participante elegido e infórmele de su cobertura de la vista.
- ¡Listo! Su médico se encargará del resto. El Proveedor Participante se comunicará con MES*Vision* 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 MES*Vision*. 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.

---

Western Health Advantage cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Western Health Advantage:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes capacitados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Member Services Manager.

Si considera que Western Health Advantage no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Member Services Manager, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, o al TTY 888.877.5378, 916.568.0126 (fax), memberservices@westernhealth.com. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Member Services Manager está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
800.368.1019 o al TDD 800.537.7697 TDD

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

#### **ENGLISH**

If you, or someone you're helping, have questions about Western Health Advantage, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888.563.2250 or TTY 888.877.5378.

#### **SPANISH**

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Western Health Advantage, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888.563.2250, o al TTY 888.877.5378 si tiene dificultades auditivas.

#### **CHINESE**

如果您，或是您正在協助的對象，有關於Western Health Advantage方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話888.563.2250或聽障人士專線(TTY) 888.877.5378。

#### **VIETNAMESE**

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Western Health Advantage, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số 888.563.2250, hoặc gọi đường dây TTY dành cho người khiếm thính tại số 888.877.5378.

#### **TAGALOG**

Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Western Health Advantage, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 888.877.5378.

**KOREAN**

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Western Health Advantage에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 888.563.2250이나 청각 장애인용 TTY 888.877.5378로 연락하십시오.

**ARMENIAN**

Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Western Health Advantage-ի մասին, Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք 888.563.2250 համարով կամ TTY 888.877.5378՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

**PERSIAN-FARSI**

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث آدونتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفاً با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره 888.877.5378 پیام تایپی ارسال کنند.

**RUSSIAN**

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Western Health Advantage, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 888.563.2250 или воспользуйтесь линией TTY для лиц с нарушениями слуха по номеру 888.877.5378.

**JAPANESE**

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Western Health Advantageについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、888.563.2250までお電話ください。聴覚障がい者用TTYをご利用の場合は、888.877.5378までお電話ください。

**ARABIC**

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2250، أو برقم الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع 888.877.5378.

**PUNJABI**

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ Western Health Advantage ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਬੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 888.877.5378 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**CAMBODIAN-MON-KHMER**

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នក មានសំណួរអំពី Western Health Advantage ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនឹងព័ត៌មាននៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកត្រចៀកច្រន់ តាមលេខ 888.877.5378។

**HMONG**

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Western Health Advantage, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 888.563.2250 los sis TTY rau cov neeg uas tsis hnov lus zoo nyob ntawm 888.877.5378.

**HINDI**

यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में प्रश्न हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुआशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह श्रवण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 888.877.5378 पर कॉल करो।

**THAI**

หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือนั้นมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้ TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 888.877.5378