

Política de atención para la vista del cliente



Nombre del cliente: OREGON EDUCATORS BENEFIT BOARD
Número de cliente: 30076188
Fecha de inicio: 1 DE OCTUBRE DE 2026

EVIDENCIA DE COBERTURA

Proporcionado por:

VISION SERVICE PLAN INSURANCE COMPANY
3333 Quality Drive, Rancho Cordova, CA 95670
(916) 851-5000 (800) 877-7195

Aviso al cliente: En el caso que este documento se use para elaborar un Resumen de la descripción del plan, complete la información abajo, como corresponda.

NOMBRE DEL CLIENTE:

NOMBRE DEL PLAN:

DIRECCIÓN PRINCIPAL DEL CLIENTE:

ADMINISTRADOR DEL PLAN:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

Esta Evidencia de cobertura es un resumen de las disposiciones de la Póliza y se presenta exclusivamente como información general. El presente documento no sustituye las disposiciones de la Póliza como tal. En caso de cualquier controversia entre la Evidencia de cobertura y la Póliza, prevalecerán las disposiciones de la Póliza. Se le dará una copia de la Póliza, cuando se pida. Si se realizan cambios en este documento por parte de cualquier persona que no sea VSP, VSP no asume la responsabilidad de tales cambios y no puede garantizar que este documento cumpla con los requisitos legales, incluyendo entre otros a ERISA.

ELEGIBILIDAD PARA COBERTURA

Miembros: para que una persona esté cubierta debe estar actualmente empleada o ser miembro del Cliente, y cumplir los criterios de cobertura establecidos por el Cliente.

Dependientes elegibles: cualquier dependiente de uno de los miembros del Cliente que cumpla los criterios de elegibilidad establecidos por el Cliente, si se da esta cobertura de dependientes.

Índice

ELEGIBILIDAD PARA COBERTURA	2
CÓMO USAR ESTE PLAN	3
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	4
COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS.....	4
ATENCIÓN DE URGENCIA DE LA VISTA.....	4
EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES	4
QUEJAS Y QUEJAS FORMALES	4
PAGOS DE RECLAMOS Y DENEGACIONES.....	5
CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS INDIVIDUALES.....	5
LA LEY FEDERAL GENERAL CONSOLIDADA DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA DE 1985 (COBRA).....	5
DEFINICIONES	6

CÓMO USAR ESTE PLAN

VSP da los Beneficios del plan a las Personas cubiertas basado en el nivel de cobertura que haya adquirido el Cliente. Consulte el Resumen de beneficios y la Cláusula adicional de beneficios (si corresponde) para los Beneficios del plan específicos.

1. Comuníquese con VSP para obtener una lista de los proveedores participantes o para ver cuáles son los beneficios disponibles (ver la información de contacto que se presenta abajo).

2. Comuníquese con el consultorio del Proveedor preferido de VSP para programar una cita y para indicar que la Persona cubierta es miembro de VSP. Si las Personas cubiertas no se identifican como miembros de VSP, los Beneficios del plan se limitarán a aquellos de un proveedor de Libre Elección, si están disponibles estos Beneficios del plan.

3. Una vez hecha la cita, el Proveedor preferido de VSP obtendrá la verificación de beneficios de VSP. El Proveedor preferido de VSP le facturará directamente a VSP, y la Persona cubierta es responsable del pago de cualquier Copago, servicio o material no cubierto que corresponda, o las cantidades que excedan las asignaciones del plan y los beneficios máximos anuales.

4. Si la Póliza incluye Beneficios del plan para proveedores de Libre Elección, la Persona cubierta deberá ser responsable del pago de la totalidad de todos los servicios o material y deberá presentar el reclamo a VSP. Todos los reembolsos se harán según la tabla de cargos del Proveedor de Libre Elección, menos cualquier Copago que aplique. Al obtener servicios de un Proveedor de Libre Elección, normalmente habrá mayores gastos de bolsillo para las Personas cubiertas. Todos los reclamos deberán enviarse a VSP en un plazo no mayor de [365] días calendario contados a partir de la fecha en que se prestaron los servicios o se entregó el material. Se denegarán todos los reclamos que VSP reciba después de [365] días a menos que lo prohíban las leyes estatales o federales aplicables.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Comuníquese con VSP llamando al 800-877-7195 o www.es.vsp.com.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS

Este Plan está diseñado para cubrir necesidades de la vista y no material cosmético.

El Plan no cubre algunos servicios o material de la atención de la vista y es posible que se apliquen ciertas otras limitaciones. Para obtener más información, vea la sección de EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS del Resumen de beneficios o la Cláusula adicional de beneficios que se adjunta (cuando la adquiere el Cliente).

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Las Personas cubiertas por dos o más planes de seguro que incluyen beneficios de atención para la vista podrían ser elegibles para Coordinación de los beneficios ("COB"). VSP combinará los pagos de reclamo o reembolso de otros planes de seguro, en su caso, con beneficios disponibles en el Plan VSP de la Persona cubierta, lo que podría reducir o eliminar los gastos de bolsillo de la Persona cubierta. Las Personas cubiertas por más de un plan VSP también pueden aprovechar la COB. Para hacer el trámite de los reclamos que incluyan una COB, VSP podría tener que compartir con otros su información personal relacionada con las Personas cubiertas (como alguna otra compañía de seguros). Si esto es necesario, VSP solo compartirá dicha información con las personas u organizaciones que tengan un interés legítimo en esa información y solo cuando esta práctica no sea prohibida por la ley.

ATENCIÓN DE URGENCIA DE LA VISTA

VSP cubre los servicios que se prestan para condiciones de naturaleza médica únicamente en ciertos planes específicos de atención complementarios de la vista que haya comprado el Cliente. Si el Cliente adquirió alguno de estos planes, dicha cobertura deberá evidenciarse en una Cláusula adicional de beneficios. Si se necesita atención de urgencia para condiciones urgentes, las Personas cubiertas en un plan de atención complementaria de la vista pueden obtener los Beneficios del plan si se comunican con un Proveedor PREFERIDO de VSP o con un Proveedor de Libre Elección. Las Personas cubiertas no tienen que obtener autorización previa de VSP para obtener atención de la vista para Condiciones de urgencia de naturaleza médica. Si el Cliente no adquirió ninguno de estos planes, las Personas cubiertas no tendrán cobertura de VSP para servicios médicos y deberán comunicarse con un médico del plan de seguros médicos de la Persona cubierta para recibir atención.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES

Las Personas cubiertas no asumirán ninguna responsabilidad por las cantidades que VSP le adeude a alguno de los Proveedores PREFERIDOS de VSP, excepto las cantidades que no cubre el Plan.

QUEJAS Y QUEJAS FORMALES

Las Personas cubiertas tienen derecho a recibir atención de calidad de los Proveedores PREFERIDOS de VSP. Puede encontrar más información disponible en "Derechos y responsabilidades del paciente" en el sitio web de VSP en www.es.vsp.com. Las quejas y las quejas formales se refieren a los desacuerdos relacionados con el acceso a la atención, la calidad de la atención, los tratamientos o los servicios. Las Personas cubiertas pueden presentar, por escrito, cualquier queja o queja formal, incluyendo apelaciones, a VSP en 3333 Quality Drive, Rancho Cordova, CA 95670-7985 o verbalmente, llamando a la División de Atención al Cliente de VSP al 1-800-877-7195. VSP deberá resolver las quejas o quejas formales en un plazo máximo de treinta (30) días calendario después de la recepción, a menos que las circunstancias sean especiales y necesiten prórroga del plazo. En ese caso, la resolución se presentará tan pronto como sea posible, pero en un plazo máximo de ciento veinte (120) días calendario después de que VSP haya recibido la queja o queja formal. Si VSP determina que no se puede obtener una resolución en un plazo de treinta (30) días, VSP le informará a la Persona cubierta sobre la fecha en que puede esperar la resolución. Cuando VSP llegue a una resolución final le avisará, por escrito, a la Persona cubierta sobre los resultados.

PAGOS DE RECLAMOS Y DENEGACIONES

Determinación inicial: VSP pagará o denegará el pago de los reclamos en un plazo de treinta (30) días calendario a partir del momento de la recepción. Si no se puede resolver un reclamo en el período indicado por VSP, si es necesario, el tiempo máximo para la toma de decisiones se prolongará quince días calendario (15) antes de la toma de la decisión.

Apelación de las denegaciones de reclamos: si le deniegan el pago de un reclamo, total o parcial, según los términos de la Póliza de la Persona cubierta o del representante autorizado de la Persona cubierta, podrá presentar una solicitud para una revisión completa de la denegación. Las Personas cubiertas pueden designar a cualquier persona, incluyendo su proveedor, como su representante autorizado. En esta sección la referencia a una "Persona cubierta" incluye al representante autorizado de la Persona cubierta, si corresponde.

Apelación inicial: se deberá presentar la solicitud para la revisión en el plazo de ciento ochenta (180) días calendario a partir de la denegación del reclamo y debe contener suficiente información para identificar el reclamo y a la Persona cubierta que está relacionada con la denegación. Durante el horario normal de atención, la Persona cubierta puede revisar cualquier documento que tenga VSP en relación con la denegación. Además, la Persona cubierta también puede enviar comentarios, por escrito, o documentos de respaldo relacionados con el reclamo para que sirvan de ayuda a VSP durante la revisión. VSP debe dar y comunicar a la Persona cubierta su respuesta a la apelación inicial, incluyendo los motivos específicos para la decisión, en un plazo máximo de treinta días calendario (30) calendario después de que reciba la solicitud de apelación de la Persona cubierta.

Apelación de segundo nivel: si la Persona cubierta no está de acuerdo con la respuesta de la apelación inicial del reclamo denegado, la Persona cubierta tiene derecho a una apelación de segundo nivel. La Persona cubierta puede presentar una solicitud para una apelación de segundo nivel ante VSP, junto con la documentación correspondiente, en un plazo máximo de sesenta (60) días calendario a partir del momento en que recibió la respuesta de VSP. VSP deberá comunicarle a la Persona cubierta su decisión final según las leyes y reglamentaciones estatales o federales aplicables, y deberán incluir los motivos específicos de la determinación.

Otras compensaciones: cuando la Persona cubierta haya completado todo el proceso de apelación establecido en este documento, hay disponibles otras alternativas para la resolución de controversias incluyendo mediación o arbitraje. Las Personas cubiertas pueden comunicarse con el Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U. S. Department of Labor) o con una agencia reguladora de seguros para obtener más información. Además, según las disposiciones de ERISA (Sección 502(a) (1) (B) [29 U.S.C. 1132(a) (1) (B)], las Personas cubiertas tienen derecho a entablar una demanda civil si se completaron todos los niveles de revisión disponibles, incluyendo el proceso de apelaciones, si los reclamos no se autorizaron, completa o parcialmente, y si la Persona cubierta no está de acuerdo con el resultado.

Plazo para entablar una demanda: no se emprenderá ninguna acción de hecho o de derecho con el fin de obtener remuneración por la Póliza sin que la Persona cubierta haya agotado antes sus derechos de queja formal según lo establecido en la Póliza, ni antes de que transcurran sesenta (60) días del reclamo o de la presentación de cualquier documentación ante VSP. No se puede entablar ninguna demanda después del vencimiento de cualquier estatuto de limitaciones aplicable, según los términos de la Póliza.

Si se cancela este Plan, las personas pueden adquirir la cobertura de VSP en línea en www.es.vsp.com.

LA LEY ÓMNIBUS CONSOLIDADA DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA DE 1985 (COBRA)

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de 1985 establece que, bajo ciertas circunstancias, los beneficios del plan médico podrían estar disponibles para los participantes elegibles y para sus dependientes si tienen un evento que los haga calificar según COBRA. Y, solo hasta el punto en que COBRA se aplique al plan de la Persona cubierta, VSP pondrá la continuación de cobertura necesaria legalmente disponible para la compra, según lo que establece COBRA.

DEFINICIONES:

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIOS	El documento, adjunto a la Póliza como Anexo C (cuando la compra el Cliente), menciona los servicios de atención para la vista y material de atención para la vista que tiene derecho a recibir una Persona cubierta según lo que establece esta Póliza. Los Beneficios adicionales solo están disponibles cuando el cliente los adquiere junto con los Beneficios del plan que se ofrece en el Resumen de beneficios.
CESIÓN DE BENEFICIOS	Una orden, por escrito, firmada por una Persona cubierta, mayor de dieciocho (18) años de edad que está incluida en todos los reclamos, en la que ordena a VSP que pague los Beneficios del plan disponibles al proveedor de Libre Elección mencionado.
CLIENTE	Un empleador u otra entidad que tiene un contrato de cobertura con VSP según la Póliza, para dar cobertura de atención para la vista a sus Miembros y a los Dependientes elegibles si se da esta cobertura de dependientes.
COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS	El procedimiento que permite que se tomen en cuenta varios planes de seguro de atención de la vista para el pago de los reclamos o reembolsos de la Persona cubierta.
COPAGOS	Son las cantidades que debe pagar la Persona cubierta o alguien en su nombre por los Beneficios del plan que no se cubren totalmente, estas cantidades deben pagarse al prestar el servicio o que se hagan los pedidos del material.
PERSONA CUBIERTA	Es el Miembro o el Dependiente elegible que cumple los criterios de elegibilidad del Cliente y para quien se pagan primas a VSP, y está cubierto por el Plan.
MIEMBRO	Es un empleado o miembro del Cliente que cumple los criterios de elegibilidad establecidos por el Cliente.
PLAN O BENEFICIOS DEL PLAN	Son los servicios de atención para la vista y material de atención para la vista que tiene derecho a recibir una Persona cubierta debido a la cobertura que establece esta Póliza, según lo que se define en el Resumen de beneficios y la Cláusula adicional de beneficios adjuntas (si la adquiere el cliente).
PROVEEDOR DE LIBRE ELECCIÓN	Cualquier optometrista, óptico, oftalmólogo u otro proveedor de atención para la vista autorizado y calificado que no tenga contrato con VSP para prestar servicios de atención para la vista o para dar material de atención para la vista a las Personas cubiertas por VSP.
ADMINISTRADOR DEL PLAN	La persona especialmente designada en la solicitud del Cliente, o si no se designó a un administrador, el Cliente. El Administrador del plan tendrá autoridad para controlar y manejar la operación y administración del Plan en nombre del Cliente.
PÓLIZA	El contrato celebrado entre VSP y el Cliente en que se basa el Plan.
RESUMEN DE BENEFICIOS	El documento, adjunto a la póliza del Cliente como Anexo A, que guarda el Administrador del plan con esta Evidencia de cobertura, que menciona los servicios de atención para la vista y material de atención para la vista que tiene derecho a recibir una Persona cubierta debido a este Plan.
PROVEEDOR PREFERIDO DE VSP	Un optometrista o un oftalmólogo autorizado o calificado de alguna otra forma para prestar atención para la vista o para suministrar material de atención para la vista con quien VSP tiene un contrato para que preste Beneficios del plan en nombre de las Personas cubiertas por VSP.
ATENCIÓN DE URGENCIA	Los servicios para una condición que surgió repentinamente o para síntomas graves que necesitan que la Persona cubierta reciba atención médica inmediata, o un suceso imprevisto que necesita acción no médica inmediata.

ANEXO A

RESUMEN DE BENEFICIOS VSP Choice Plan®

ASPECTOS GENERALES

El Resumen de beneficios contiene los servicios y material de atención para la vista a los que tienen derecho las Personas cubiertas por la COMPAÑÍA DE SEGUROS VISION SERVICE PLAN (“VSP”), sujeto a copagos y otras condiciones, limitaciones o exclusiones, aquí mencionadas, las que forman parte de la Póliza o de la Evidencia de cobertura a la que se adjunta.

Los Proveedores PREFERIDOS de VSP son aquellos médicos que aceptaron participar en la Red VSP Choice.

ELEGIBILIDAD

Las siguientes son Personas cubiertas por el plan, según los criterios de elegibilidad establecidos por el Cliente:

- Miembro
- Cónyuge legal del Miembro
- Cualquier hijo de un Miembro, incluyendo los hijos biológicos, a partir de la fecha de nacimiento; los hijos legalmente adoptados (a partir de la fecha en que lo adoptó el Miembro); y otros hijos que son responsabilidad del Miembro según fue establecido por un tribunal o una agencia administrativa.

Los hijos dependientes tienen cobertura hasta finales del mes en el que cumplan 26 años.

Un hijo dependiente y soltero que exceda la edad límite puede continuar siendo elegible como dependiente si no es capaz de tener un empleo para mantenerse debido a una discapacidad mental o física, y depende principalmente del Miembro para su sostenimiento y mantenimiento.

BENEFICIOS DEL PLAN

PROVEEDORES PREFERIDOS DE VSP

COPAGO

El examen tendrá \$10.00 de Copago que debe pagar la Persona cubierta en el momento que se prestan los servicios. Si se suministran materiales (lentes, monturas o lentes de contacto necesarios), habrá \$20.00 más de Copago en el momento en que se solicita el material. El Copago no se aplica a lentes de contacto electivos.

SERVICIOS Y MATERIAL CUBIERTOS

EXAMEN DE LA VISTA - Cobertura completa* una vez cada año del plan**

Examen integral de las funciones de la vista y receta de anteojos correctivos.

LENTEs - Cobertura completa* una vez cada año del plan**

Lentes para anteojos (monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares)

Se cubren totalmente los lentes de policarbonato para los hijos dependientes hasta el fin de mes en que cumplan 26 años.

Los Lentes progresivos estándar tienen cobertura completa

OPCIONES DE LENTES

Recubrimiento contra rayones con cobertura completa una vez cada año del plan.**

Protección UV (ultravioleta) con cobertura completa una vez cada año del plan.**

MONTURAS - Cobertura hasta la asignación del plan* una cada año del plan**

El Proveedor PREFERIDO de VSP le recetará y ordenará lentes a la Persona cubierta, verificará la precisión de los lentes terminados y ayudará a la Persona cubierta a seleccionar y ajustar la montura.

Se podría aplicar la Asignación para monturas a los anteojos de sol sin receta o anteojos con filtro de luz azul, lo que agotaría la elegibilidad para monturas y lentes. Los lentes sin graduación fabricados en un laboratorio no están cubiertos.

Cada período de beneficios, el Miembro y cada uno de los dependientes cubiertos del Miembro tienen derecho a otra asignación (en cualquier montura Marchon o Altair) de \$50.00 una vez cada año del plan.**

LENTEs DE CONTACTO

ELECTIVOS

Los lentes de contacto electivos (solo material) tienen cobertura hasta de \$150.00 una vez cada año del plan**

Los servicios de adaptación y evaluación de lentes de contacto electivos tienen cobertura total una vez cada año del plan, después de un Copago de \$60.00.

NECESARIOS

Los lentes de contacto necesarios tienen cobertura completa* una vez cada año del plan**

Los lentes de contacto necesarios son un beneficio del Plan cuando se cumplen los criterios específicos para el beneficio y cuando un Proveedor PREFERIDO de VSP se los receta a la Persona cubierta.

Los lentes de contacto se dan en lugar de los beneficios de anteojos y monturas disponibles aquí.

*Menos cualquier Copago aplicable.

**Empieza a partir de la primera fecha de servicio.

BAJA VISIÓN

Los servicios profesionales para problemas graves de la vista que no se pueden corregir con lentes normales incluyendo:

Pruebas complementarias: Cobertura completa*.

-Incluye evaluación, diagnóstico y receta de ayudas visuales, si se indican.

Ayudas complementarias: 75 % del cargo del proveedor PREFERIDO de VSP, hasta de \$1,000.00*

*El beneficio máximo para todos los servicios y material para la baja visión es de \$1,000.00 cada dos (2) años y un máximo de dos pruebas complementarias en el plazo del período de dos años.

Los servicios para baja visión son un beneficio del Plan cuando se cumplen los criterios específicos para el beneficio y cuando un Proveedor PREFERIDO de VSP se los receta a la Persona cubierta.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS

Es posible que algunas marcas de monturas para gafas o lentes no estén disponibles para comprarlas como Beneficios del plan o podrían estar sujetas a más limitaciones. Las Personas cubiertas pueden obtener más información relacionada con la disponibilidad de las marcas de monturas y lentes del Médico miembro de VSP o llamando a la División de Atención al Cliente de VSP al (800) 877-7195.

NO ESTÁN CUBIERTOS

- Los servicios o el material que no estén específicamente incluidos como Beneficios del plan en este Programa.
- Lentes sin graduación (lentes con corrección refractiva de dioptría menor de ± 0.50), excepto las que se permiten específicamente según la mejora de Suncare, si los compra el cliente.
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Reemplazo de lentes, monturas o lentes de contacto suministrados por este plan por pérdida o daño, excepto por los intervalos normales cuando los Beneficios del plan están disponibles.
- Ortóptica o entrenamiento de la vista y cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico o quirúrgico para los ojos.
- Reajuste de lentes de contacto después del período de adaptación inicial (90 días).
- Modificación, pulido o limpieza de lentes de contacto.
- Impuestos locales, federales o estatales, excepto cuando VSP esté obligado a pagar, según la ley.

PROGRAMA DE REEMBOLSO PROVEEDORES DE LIBRE ELECCIÓN

COPAGO

El examen tendrá \$10.00 de Copago que debe pagar la Persona cubierta en el momento que se prestan los servicios. Si se da material (lentes, monturas o lentes de contacto necesarios), habrá \$20.00 más de Copago al pedir el material. El Copago no se aplica a lentes de contacto electivos.

SERVICIOS Y MATERIAL CUBIERTOS

EXAMEN DE LA VISTA: hasta \$45.00* una vez cada año del plan**

Examen integral de las funciones de la vista y receta de anteojos correctivos.

LENTES PARA GAFAS

Monofocales, hasta de \$30.00* una vez cada año del plan**

Bifocales, hasta de \$50.00* una vez cada año del plan**

Trifocales, hasta de \$65.00* una vez cada año del plan**

Lenticulares, hasta de \$100.00* una vez cada año del plan**

MONTURAS: Cubre hasta de \$70.00* una vez cada año del plan**

LENTES DE CONTACTO

ELECTIVOS

Los lentes de contacto electivos tienen cobertura hasta de \$105.00, una vez cada año del plan**

La asignación para lentes de contacto electivos se aplica para los cargos de adaptación y evaluación del médico y el material.

NECESARIOS

Los lentes de contacto necesarios tienen cobertura hasta de \$210.00*, una vez cada año del plan**

Los lentes de contacto necesarios son un Beneficio del plan cuando se cumplen los criterios específicos para el beneficio y cuando los receta el médico de la Persona cubierta.

Los lentes de contacto se dan en lugar de los beneficios de anteojos y monturas disponibles aquí.

*Menos cualquier Copago aplicable.

**Empieza a partir de la primera fecha de servicio.

BAJA VISIÓN

Los servicios profesionales para problemas graves de la vista que no se pueden corregir con lentes normales incluyendo:

Pruebas complementarias: hasta \$125.00*.

-Incluye evaluación, diagnóstico y receta de ayudas visuales, si se indican.

Ayudas complementarias: 75 % del cargo del Proveedor de Libre Elección de VSP, hasta de \$1,000.00*

*El beneficio máximo para todos los servicios y material para la baja visión es de \$1,000.00 cada dos (2) años y un máximo de dos pruebas complementarias en el plazo del período de dos años.

Los servicios para baja visión son un beneficio del Plan cuando se cumplen los criterios específicos para el beneficio y cuando un Proveedor PREFERIDO de VSP se los receta a la Persona cubierta.

PROVEEDORES DE LIBRE ELECCIÓN

- También se aplican las exclusiones y limitaciones de los beneficios descritos arriba para los Proveedores PREFERIDOS de VSP a los servicios prestados por los Proveedores de Libre Elección.
- Los servicios de los Proveedores de Libre Elección se prestan en vez de los servicios que prestan los Proveedores PREFERIDOS de VSP.
- No hay ninguna garantía de que la cantidad reembolsada sea suficiente para pagar los costos totales de los servicios o material.
- VSP no puede obligar a los Proveedores de Libre Elección a que se adhieran a las normas de calidad de VSP.

ANEXO A

RESUMEN DE BENEFICIOS VSP Choice Plan®

ASPECTOS GENERALES

El Resumen de beneficios contiene los servicios y material de atención para la vista a los que tienen derecho las Personas cubiertas por la COMPAÑÍA DE SEGUROS VISION SERVICE PLAN (“VSP”), sujeto a Copagos y otras condiciones, limitaciones o exclusiones, aquí mencionadas, las que forman parte de la Póliza o de la Evidencia de cobertura a la que se adjunta.

Los Proveedores PREFERIDOS de VSP son aquellos médicos que aceptaron participar en la Red VSP Choice.

ELEGIBILIDAD

Las siguientes son Personas cubiertas por el plan, según los criterios de elegibilidad establecidos por el Cliente:

- Miembro
- Cónyuge legal del Miembro
- Cualquier hijo de un Miembro, incluyendo los hijos biológicos, a partir de la fecha de nacimiento; los hijos legalmente adoptados (a partir de la fecha en que lo adoptó el Miembro); y otros hijos que son responsabilidad del Miembro según fue establecido por un tribunal o una agencia administrativa.

Los hijos dependientes tienen cobertura hasta finales del mes en el que cumplan 26 años.

Un hijo dependiente y soltero que exceda la edad límite puede continuar siendo elegible como dependiente si no es capaz de tener un empleo para mantenerse debido a una discapacidad mental o física, y depende principalmente del Miembro para su sostenimiento y mantenimiento.

BENEFICIOS DEL PLAN PROVEEDORES PREFERIDOS DE VSP

COPAGO

El examen tendrá \$10.00 de Copago que debe pagar la Persona cubierta en el momento que se prestan los servicios. Si se suministran materiales (lentes, monturas o lentes de contacto necesarios), habrá \$20.00 más de Copago en el momento en que se solicita el material. El Copago no se aplica a lentes de contacto electivos.

SERVICIOS Y MATERIAL CUBIERTOS

EXAMEN DE LA VISTA - Cobertura completa* una vez cada año del plan**

Examen integral de las funciones de la vista y receta de anteojos correctivos.

LENTEs - Cobertura completa* una vez cada año del plan**

Lentes para anteojos (monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares)

Se cubren totalmente los lentes de policarbonato para los hijos dependientes hasta el fin de mes en que cumplan 26 años.

Los lentes de policarbonato para adultos tienen cobertura completa una vez cada año del plan.**

Los Lentes progresivos estándar tienen cobertura completa

OPCIONES DE LENTES

Recubrimiento antirreflejante cubierto en su totalidad una vez cada año del plan.**

Recubrimiento contra rayones con cobertura completa una vez cada año del plan.**

Los lentes de policarbonato tienen cobertura completa una vez cada año del plan.**

Los lentes progresivos Premium y personalizados tienen cobertura completa una vez cada año del plan.**

Protección UV (ultravioleta) con cobertura completa una vez cada año del plan.**

MONTURAS - Cobertura hasta la asignación del plan* una cada año del plan**

El Proveedor PREFERIDO de VSP le recetará y ordenará lentes a la Persona cubierta, verificará la precisión de los lentes terminados y ayudará a la Persona cubierta a seleccionar y ajustar la montura.

Se podría aplicar la Asignación para monturas a los anteojos de sol sin receta o anteojos con filtro de luz azul, lo que agotaría la elegibilidad para monturas y lentes. Los lentes sin graduación fabricados en un laboratorio no están cubiertos.

Cada período de beneficios, el Miembro y cada uno de los dependientes cubiertos del Miembro tienen derecho a otra asignación (en cualquier montura Marchon o Altair) de \$50.00 una vez cada año del plan.**

LENTEs DE CONTACTO

ELECTIVOS

Los lentes de contacto electivos (solo material) tienen cobertura hasta de \$300.00 una vez cada año del plan**

Los servicios de adaptación y evaluación de lentes de contacto electivos tienen cobertura total una vez cada año del plan, después de un Copago de \$60.00.

NECESARIOS

Los lentes de contacto necesarios tienen cobertura completa* una vez cada año del plan**

Los lentes de contacto necesarios son un beneficio del Plan cuando se cumplen los criterios específicos para el beneficio y cuando un Proveedor PREFERIDO de VSP se los receta a la Persona cubierta.

Los lentes de contacto se dan en lugar de los beneficios de anteojos y monturas disponibles aquí.

*Menos cualquier Copago aplicable.

**Empieza a partir de la primera fecha de servicio.

BAJA VISIÓN

Los servicios profesionales para problemas graves de la vista que no se pueden corregir con lentes normales incluyendo:

Pruebas complementarias: Cobertura completa*.

-Incluye evaluación, diagnóstico y receta de ayudas visuales, si se indican.

Ayudas complementarias: 75 % del cargo del proveedor PREFERIDO de VSP, hasta de \$1,000.00*

*El beneficio máximo para todos los servicios y material para la baja visión es de \$1,000.00 cada dos (2) años y un máximo de dos pruebas complementarias en el plazo del período de dos años.

Los servicios para baja visión son un beneficio del Plan cuando se cumplen los criterios específicos para el beneficio y cuando un Proveedor PREFERIDO de VSP se los receta a la Persona cubierta.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS

Es posible que algunas marcas de monturas para gafas o lentes no estén disponibles para comprarlas como Beneficios del plan o podrían estar sujetas a más limitaciones. Las Personas cubiertas pueden obtener más información relacionada con la disponibilidad de las marcas de monturas y lentes del Médico miembro de VSP o llamando a la División de Atención al Cliente de VSP al (800) 877-7195.

NO ESTÁN CUBIERTOS

- Los servicios o el material que no estén específicamente incluidos como Beneficios del plan en este Programa.
- Lentes sin graduación (lentes con corrección refractiva de dioptría menor de ± 0.50), excepto las que se permiten específicamente según en la mejora de Suncare, si los compra el cliente.
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Reemplazo de lentes, monturas o lentes de contacto suministrados por este Plan por pérdida o daño, excepto por los intervalos normales cuando los Beneficios del plan están disponibles.
- Ortóptica o entrenamiento de la vista y cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico o quirúrgico para los ojos.
- Reajuste de lentes de contacto después del período de adaptación inicial (90 días).
- Modificación, pulido o limpieza de lentes de contacto.
- Impuestos locales, federales o estatales, excepto cuando VSP esté obligado a pagar, según la ley.

PROGRAMA DE REEMBOLSO PROVEEDORES DE LIBRE ELECCIÓN

COPAGO

El examen tendrá \$10.00 de Copago que debe pagar la Persona cubierta en el momento que se prestan los servicios. Si se da material (lentes, monturas o lentes de contacto necesarios), habrá \$20.00 más de Copago al pedir el material. El Copago no se aplica a lentes de contacto electivos.

SERVICIOS Y MATERIAL CUBIERTOS

EXAMEN DE LA VISTA: hasta \$45.00* una vez cada año del plan**

Examen integral de las funciones de la vista y receta de anteojos correctivos.

LENTES PARA GAFAS

Monofocales, hasta de \$30.00* una vez cada año del plan**

Bifocales, hasta de \$50.00* una vez cada año del plan**

Trifocales, hasta de \$65.00* una vez cada año del plan**

Lenticulares, hasta de \$100.00* una vez cada año del plan**

MONTURAS: cubre hasta de \$70.00* una vez cada año del plan**

LENTES DE CONTACTO

ELECTIVOS

Los lentes de contacto electivos tienen cobertura hasta de \$105.00, una vez cada año del plan**

La asignación para lentes de contacto electivos se aplica para los cargos de adaptación, y evaluación del médico y el material.

NECESARIOS

Los lentes de contacto necesarios tienen cobertura hasta de \$210.00*, una vez cada año del plan**

Los lentes de contacto necesarios son un Beneficio del plan cuando se cumplen los criterios específicos para el beneficio y cuando los receta el médico de la Persona cubierta.

Los lentes de contacto se dan en lugar de los beneficios de anteojos y monturas disponibles aquí.

*Menos cualquier Copago aplicable.

**Empieza a partir de la primera fecha de servicio.

BAJA VISIÓN

Los servicios profesionales para problemas graves de la vista que no se pueden corregir con lentes normales incluyendo:

Pruebas complementarias: hasta \$125.00*.

-Incluye evaluación, diagnóstico y receta de ayudas visuales, si se indican.

Ayudas complementarias: 75 % del cargo del Proveedor de Libre Elección de VSP, hasta de \$1,000.00*

*El beneficio máximo para todos los servicios y material para la baja visión es de \$1,000.00 cada dos (2) años y un máximo de dos pruebas complementarias en el plazo del período de dos años.

Los servicios para baja visión son un beneficio del Plan cuando se cumplen los criterios específicos para el beneficio y cuando un Proveedor PREFERIDO de VSP se los receta a la Persona cubierta.

PROVEEDORES DE LIBRE ELECCIÓN

- También se aplican las exclusiones y limitaciones de los beneficios descritos arriba para los Proveedores PREFERIDOS de VSP a los servicios prestados por los Proveedores de Libre Elección.
- Los servicios de los Proveedores de Libre Elección se prestan en vez de los servicios que prestan los Proveedores PREFERIDOS de VSP.
- No hay ninguna garantía de que la cantidad reembolsada sea suficiente para pagar los costos totales de los servicios o material.
- VSP no puede obligar a los Proveedores de Libre Elección a que se adhieran a las normas de calidad de VSP.

ANEXO C

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIOS PLAN DE TERAPIA PARA LA VISTA

ASPECTOS GENERALES

Esta Cláusula adicional menciona los servicios y material de atención de la vista a los que tienen derecho las Personas cubiertas por la COMPAÑÍA DE SEGUROS VISION SERVICE PLAN (“VSP”), sujeto a cualquier Copago y otras condiciones, limitaciones o exclusiones mencionadas aquí o en el Resumen de beneficios con el que esté asociada y forma parte de la Póliza o la Evidencia de cobertura a la que se adjunta.

La terapia para la vista optométrica es un plan destinado a corregir o mejorar disfunciones específicas del sistema visual. Incluye, entre otros;

- El tratamiento del estrabismo (ojo desviado).
- Disfunciones de la binocularidad (coordinación ocular).
- Ambliopía (ojo perezoso).
- Acomodación (enfoque del ojo).
- Función motora ocular (capacidad general de movimiento ocular).
- Capacidades visual-perceptivo-motoras.

ELEGIBILIDAD

Las siguientes son Personas cubiertas por el plan, según los criterios de elegibilidad establecidos por el Cliente:

- Miembro
- Cónyuge legal del Miembro
- Cualquier hijo de un Miembro, incluyendo los hijos biológicos, a partir de la fecha de nacimiento; los hijos legalmente adoptados (a partir de la fecha en que lo adoptó el Miembro); y otros hijos que son responsabilidad del Miembro según fue establecido por un tribunal o una agencia administrativa.

Los hijos dependientes tienen cobertura hasta finales del mes en el que cumplan 26 años.

Un hijo dependiente y soltero que exceda la edad límite puede continuar siendo elegible como dependiente si no es capaz de tener un empleo para mantenerse debido a una discapacidad mental o física, y depende principalmente del Miembro para su sostenimiento y mantenimiento.

BENEFICIOS DEL PLAN

Proveedores PREFERIDOS de VSP

COPAGO Y COSEGURO

El Copago o Coseguro aplicable para las Personas cubiertas por este plan es:

1. Coseguro para entrenamiento ortóptico o pleóptico y otros servicios: 25 % del cargo del proveedor PREFERIDO de VSP.
2. Pruebas complementarias: no hay copago aplicable.

SERVICIOS CUBIERTOS

Entrenamiento ortóptico o pleóptico y otros servicios: 75 % del cargo del proveedor PREFERIDO de VSP, hasta de un máximo de \$750.00 por año una vez cada 00 meses**

Pruebas complementarias: hasta \$85.00* una vez cada 00 meses**

*Menos cualquier Copago aplicable.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES NO ESTÁN CUBIERTOS

- Los servicios o material que no estén específicamente incluidos en esta Cláusula adicional como Beneficios del plan cubiertos.
- Monturas, lentes de gafas o lentes de contacto.
- Tratamiento médico o quirúrgico para los ojos.
- Entrenamiento perceptivo para una discapacidad de aprendizaje.
- Impuestos locales, federales o estatales, excepto cuando VSP esté obligado a pagar, según la ley.

PROGRAMA DE REEMBOLSO PROVEEDORES DE LIBRE ELECCIÓN

SERVICIOS CUBIERTOS

Entrenamiento ortóptico o pleóptico y otros servicios: 75 % del cargo del Proveedor de Libre Elección, hasta un máximo de \$750.00 por año una vez cada 00 meses**

Pruebas complementarias: hasta \$.00 una vez cada 00 meses**

*Menos cualquier Copago aplicable.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS PROVEEDORES DE LIBRE ELECCIÓN

- También se aplican las exclusiones y limitaciones de los beneficios descritos arriba para los Proveedores PREFERIDOS de VSP a los servicios prestados por los Proveedores de Libre Elección.
- Los servicios de los Proveedores de Libre Elección se prestan en vez de los servicios que prestan los Proveedores PREFERIDOS de VSP.
- No hay ninguna garantía de que la cantidad reembolsada sea suficiente para pagar los costos totales de los servicios o material.
- VSP no puede obligar a los Proveedores de Libre Elección a que se adhieran a las normas de calidad de VSP.

ANEXO C

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIOS ESSENTIAL MEDICAL EYE CARE COMPLEMENTARIO

ASPECTOS GENERALES

Esta cláusula adicional contiene beneficios de atención para la vista a los que tienen derecho las Personas cubiertas por la COMPAÑÍA DE SEGUROS VISION SERVICE PLAN ("VSP"), sujeto a los Copagos u otras condiciones, limitaciones y exclusiones aquí mencionadas. El beneficio complementario de Essential Medical Eye Care está diseñado para la detección, el tratamiento y manejo de condiciones oculares o de condiciones sistémicas que producen síntomas oculares o visuales. Según el beneficio, los profesionales de la salud ocular dan tratamiento y prestan servicios para emergencias oculares urgentes, y el manejo de enfermedades sistémicas crónicas que se manifiestan en los ojos. Esta Cláusula adicional forma parte de la Póliza y de la Evidencia de cobertura a la que se adjunta.

ELEGIBILIDAD

Las siguientes son Personas cubiertas por el plan, según los criterios de elegibilidad establecidos por el Cliente:

- Miembro
- Cónyuge legal del Miembro
- Cualquier hijo de un Miembro, incluyendo los hijos biológicos, a partir de la fecha de nacimiento; los hijos legalmente adoptados (a partir de la fecha en que lo adoptó el Miembro); y otros hijos que son responsabilidad del Miembro según fue establecido por un tribunal o una agencia administrativa.

Los hijos dependientes tienen cobertura hasta finales del mes en el que cumplan 26 años.

Un hijo dependiente y soltero que exceda la edad límite puede continuar siendo elegible como dependiente si no es capaz de tener un empleo para mantenerse debido a una discapacidad mental o física, y depende principalmente del Miembro para su sostenimiento y mantenimiento.

Los beneficios de Essential Medical Eye Care están disponibles para las personas cubiertas solo después de que se hayan agotado los beneficios cubiertos de su plan médico de grupo, o cuando la persona cubierta no esté cubierta por un plan médico de grupo.

Los beneficios cubiertos incluyen códigos de procedimientos médicos específicos de atención ocular cuando sea apropiado para el ámbito de acreditación optométrica y las leyes, normas y reglamentaciones actuales según lo determinado por el gobierno estatal y federal.

OBTENCIÓN DE SERVICIOS DE ESSENTIAL MEDICAL EYE CARE COMPLEMENTARIOS

LA PERSONA CUBIERTA TIENE UN PLAN MÉDICO DE GRUPO

Essential Medical Eye Care complementario da cobertura de ciertos servicios médicos relacionados con la vista, para complementar el plan médico en grupo de la Persona cubierta. Las Personas cubiertas deben consultar el folleto del plan, el certificado de cobertura u otra descripción de beneficios de su plan médico de grupo para determinar los beneficios disponibles y cómo obtener los beneficios del plan médico.

El proveedor de atención ocular deberá presentar primero un reclamo al plan médico en grupo de la Persona cubierta cuando participe en la red del plan médico. VSP evaluará el pago de cualquier cantidad que el plan médico primario no pague. Este proceso se conoce como Coordinación de los beneficios (“COB”). Vea la sección de Coordinación de los beneficios en la Evidencia de cobertura de la Persona cubierta para obtener más información sobre COB.

SI LA PERSONA CUBIERTA NO TIENE UN PLAN MÉDICO DE GRUPO

Cuando la Persona cubierta no tiene un plan médico de grupo, o cuando un Proveedor Preferido de VSP no participa en el plan médico de grupo de la Persona cubierta, el Plan de Essential Medical Eye Care complementario da los siguientes Beneficios del plan:

1. La Persona cubierta se comunica con el Médico miembro y hace una cita.
2. La Persona cubierta paga el Copago correspondiente en el momento en que se prestan los servicios de Essential Medical Eye Care complementarios y las cantidades por cualquier servicio más que no cubre el Plan.

BENEFICIOS DEL PLAN PROVEEDORES PREFERIDOS DE VSP

SERVICIOS CUBIERTOS

Exámenes médicos de la vista: cobertura completa después de \$20.00 de Copago.

Atención de urgencia/emergencia* y servicios oftalmológicos especializados:** cobertura completa

*La atención de urgencia/emergencia se refiere a los servicios cubiertos por VSP para una condición médica ocular de emergencia, incluyendo, entre otros, infecciones oculares, cuerpos extraños y abrasiones, lesiones oculares y exposición química al ojo o al párpado.

**Los Servicios oftalmológicos especiales se refieren a servicios de atención ocular que están centrados en problemas e incluyen la toma de decisiones médicas. Los Servicios oftalmológicos especiales van más allá de los servicios generales y se relacionan con el diagnóstico, la evaluación, el tratamiento y el manejo de condiciones oculares.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS

Essential Medical Eye Care complementario da cobertura de ciertos servicios médicos relacionados con la vista, para complementar el plan médico en grupo de la Persona cubierta. Habrá una lista de los procedimientos cubiertos disponible para el Cliente, cuando la pida.

NO ESTÁN CUBIERTOS

1. Anteojos o lentes de contacto.
2. Procedimientos quirúrgicos con anestesia general.
3. Procedimientos quirúrgicos preoperatorios o después de la operación.
4. Servicios del hospital para pacientes hospitalizados.
5. Servicios prestados para diagnósticos refractivos que son parte de la cobertura de atención de la vista de la Persona cubierta.
6. Medicamentos con receta o suministros de cualquier tipo.
7. Impuestos locales, federales o estatales, excepto cuando VSP esté obligado a pagar, según la ley.
8. Los servicios o material que no estén específicamente incluidos en esta Cláusula adicional como Beneficios del plan cubiertos.

ANEXO C

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIOS PLAN DE TERAPIA PARA LA VISTA

ASPECTOS GENERALES

Esta Cláusula adicional menciona los servicios y material de atención de la vista a los que tienen derecho las Personas cubiertas por la COMPAÑÍA DE SEGUROS VISION SERVICE PLAN ("VSP"), sujeto a cualquier Copago y otras condiciones, limitaciones o exclusiones mencionadas aquí o en el Resumen de beneficios con el que esté asociada y forma parte de la Póliza o la Evidencia de cobertura a la que se adjunta.

La terapia para la vista optométrica es un plan destinado a corregir o mejorar disfunciones específicas del sistema visual. Incluye, entre otros;

- El tratamiento del estrabismo (ojo desviado).
- Disfunciones de la binocularidad (coordinación ocular).
- Ambliopía (ojo perezoso).
- Acomodación (enfoque del ojo).
- Función motora ocular (capacidad general de movimiento ocular).
- Capacidades visual-perceptivo-motoras.

ELEGIBILIDAD

Las siguientes son Personas cubiertas por el plan, según los criterios de elegibilidad establecidos por el Cliente:

- Miembro
- Cónyuge legal del Miembro
- Cualquier hijo de un Miembro, incluyendo los hijos biológicos, a partir de la fecha de nacimiento; los hijos legalmente adoptados (a partir de la fecha en que lo adoptó el Miembro); y otros hijos que son responsabilidad del Miembro según fue establecido por un tribunal o una agencia administrativa.

Los hijos dependientes tienen cobertura hasta finales del mes en el que cumplan 26 años.

Un hijo dependiente y soltero que exceda la edad límite puede continuar siendo elegible como dependiente si no es capaz de tener un empleo para mantenerse debido a una discapacidad mental o física, y depende principalmente del Miembro para su sostenimiento y mantenimiento.

BENEFICIOS DEL PLAN

Proveedores PREFERIDOS de VSP

COPAGO Y COSEGURO

El Copago o Coseguro aplicable para las Personas cubiertas por este plan es:

1. Coseguro para entrenamiento ortóptico o pleóptico y otros servicios: 25 % del cargo del proveedor PREFERIDO de VSP.
2. Pruebas complementarias: no hay Copago aplicable.

SERVICIOS CUBIERTOS

Entrenamiento ortóptico o pleóptico y otros servicios: 75 % del cargo del Proveedor PREFERIDO de VSP, hasta de un máximo de \$750.00 por año una vez cada 00 meses**

Pruebas complementarias: hasta \$85.00* una vez cada 00 meses**

*Menos cualquier Copago aplicable.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

NO ESTÁN CUBIERTOS

- Los servicios o material que no estén específicamente incluidos en esta Cláusula adicional como Beneficios del plan cubiertos.
- Monturas, lentes de gafas o lentes de contacto.
- Tratamiento médico o quirúrgico para los ojos.
- Entrenamiento perceptivo para una discapacidad de aprendizaje.
- Impuestos locales, federales o estatales, excepto cuando VSP esté obligado a pagar, según la ley.

**PROGRAMA DE REEMBOLSO
PROVEEDORES DE LIBRE ELECCIÓN**

SERVICIOS CUBIERTOS

Entrenamiento ortóptico o pleóptico y otros servicios: 75 % del cargo del Proveedor de Libre Elección, hasta de un máximo de \$750.00 por año una vez cada 00 meses**

Pruebas complementarias: hasta \$.00 una vez cada 00 meses**

*Menos cualquier Copago aplicable.

**EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS
PROVEEDORES DE LIBRE ELECCIÓN**

- También se aplican las exclusiones y limitaciones de los beneficios descritos arriba para los Proveedores PREFERIDOS de VSP a los servicios prestados por los Proveedores de Libre Elección.
- Los servicios de los Proveedores de Libre Elección se prestan en vez de los servicios que prestan los Proveedores PREFERIDOS de VSP.
- No hay ninguna garantía de que la cantidad reembolsada sea suficiente para pagar los costos totales de los servicios o material.
- VSP no puede obligar a los Proveedores de Libre Elección a que se adhieran a las normas de calidad de VSP.

**Resumen de los beneficios y de la cobertura
VSP Choice Plan**

Preparado para: OREGON EDUCATORS BENEFIT BOARD
ID del grupo: 30076188
Fecha de inicio: 1 DE OCTUBRE DE 2026

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) exige que, a partir del 23 de septiembre de 2012, las compañías de seguro médico y los planes médicos de grupo entreguen a los clientes un documento informativo sencillo y claro sobre la cobertura y los beneficios. Este documento es un Resumen de los beneficios y de la cobertura (SBC).

Abajo se incluye una tabla para su conveniencia, que es igual al SBC de muestra que publicó el Departamento de Trabajo de los EE. UU. Toda la información que tiene está relacionada con su plan y se describe más en la Evidencia de cobertura anterior.

Evento médico frecuente	Servicios que puede necesitar	Sus costos si usted usa un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red	
Si usted o sus dependientes (si corresponde) necesitan atención de la vista	Examen de la vista	\$10.00 de Copago	Reembolso hasta de \$45.00	Examen con cobertura completa cada año del plan**
	Monturas, lentes o lentes de contacto	Anteojos: \$20.00 de Copago (solo lentes o monturas); hasta de \$60.00 de Copago por el examen de lentes de contacto	Reembolso en monturas hasta de \$70.00 Reembolso en lentes SV hasta de \$30.00 Reembolso en lentes bifocales hasta de \$50.00 Reembolso en lentes trifocales hasta de \$65.00 Reembolso en lentes lenticulares hasta de \$100.00 Reembolso ECL hasta de \$105.00	Monturas cubiertas cada año del plan** Lentes cubiertos cada año del plan**
	Cargos			

** Empieza a partir de la primera fecha de servicio.

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación:

Si tiene una queja o no está satisfecho con una denegación de cobertura para reclamos según su plan, puede apelar la decisión o presentar una queja formal. Si tiene preguntas sobre sus derechos, sobre este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: 800-877-7195.