



## Resumen de beneficios para Vital Health America

### Aetna Vision<sup>SM</sup> Preferred

<b>Fecha de entrada en vigor: 1 de enero del 2025</b> <b>Identificación externa del plan: 1032274103</b> <b>Line Value: 631</b> <b>Frecuencia (examen/armazón/lentes): 12/12/12</b> <b>Enhanced Plan - 230(a)E V-12</b> <b>Plan 1</b>	<b>Costo del miembro dentro de la red Aetna Vision</b>	<b>Reembolso al miembro fuera de la red*</b>
--	--	--

#### Examen

Utilice su cobertura de examen 1 vez cada 12 meses consecutivos.

Examen de ojos con dilatación, según sea necesario	Copago de \$20.	Reembolso de \$38.
Imágenes retinianas	El miembro paga una tarifa reducida de \$39.	Sin cobertura.
Colocación y control de lentes de contacto estándares <sup>1</sup>	El miembro paga una tarifa reducida de \$40.	Sin cobertura.
Colocación y control de lentes de contacto especiales <sup>1</sup>	10 % de descuento sobre el precio minorista.	Sin cobertura.

#### Armazones

Utilice su cobertura de armazones 1 vez cada 12 meses consecutivos.

Cualquier armazón disponible. Se incluyen los armazones para anteojos de sol con receta.	Copago de \$0; monto permitido** de \$200, 20 % de descuento del saldo sobre el monto permitido.	Reembolso de \$100.
--	--	---------------------

#### Lentes de plástico estándares

Utilice su cobertura de lentes u opción de lentes 1 vez cada 12 meses consecutivos para comprar 1 par de lentes para anteojos O realizar 1 pedido de lentes de contacto.

Monofocales	Copago de \$20.	Reembolso de \$28.
Bifocales	Copago de \$20.	Reembolso de \$44.
Trifocales	Copago de \$20.	Reembolso de \$72.
Lenticulares	Copago de \$20.	Reembolso de \$72.
Lentes progresivos estándares (el copago incluye el costo de los bifocales)	Copago de \$85.	Reembolso de \$44.
Lentes progresivos especiales, nivel 1 (el copago incluye el costo de los bifocales) <sup>2</sup>	Copago de \$105.	Reembolso de \$44.
Lentes progresivos especiales, nivel 2 (el copago incluye el costo de los bifocales) <sup>2</sup>	Copago de \$115.	Reembolso de \$44.
Lentes progresivos especiales, nivel 3 (el copago incluye el costo de los bifocales) <sup>2</sup>	Copago de \$130.	Reembolso de \$44.
Lentes progresivos especiales, nivel 4 (el copago incluye el costo de los bifocales) <sup>2</sup>	Copago de \$85; 80 % del cargo menos el monto permitido de \$120.	Reembolso de \$44.

#### Opciones de lentes

Con protección contra rayos ultravioletas	El miembro paga una tarifa reducida de \$15.	Sin cobertura.
Ahumados (parejos o graduales)	El miembro paga una tarifa reducida de \$15.	Sin cobertura.
Con revestimiento plástico estándar resistente al rayado	Copago de \$0.	Reembolso de \$12.
Lentes de policarbonato para adultos	El miembro paga una tarifa reducida de \$40.	Sin cobertura.

Lentes de policarbonato para niños hasta los 19 años	Copago de \$0.	Reembolso de \$32.
Con revestimiento antirreflejo estándar	El miembro paga una tarifa reducida de \$45.	Sin cobertura.
Con revestimiento antirreflejo especial, nivel 1 <sup>2</sup>	El miembro paga una tarifa reducida de \$57.	Sin cobertura.
Con revestimiento antirreflejo especial, nivel 2 <sup>2</sup>	El miembro paga una tarifa reducida de \$68.	Sin cobertura.
Con revestimiento antirreflejo especial, nivel 3 <sup>2</sup>	20 % de descuento sobre el precio minorista.	Sin cobertura.
De plástico fotocromáticos o Transitions para adultos	El miembro paga una tarifa reducida de \$75.	Sin cobertura.
De plástico fotocromáticos o Transitions para niños hasta los 19 años	El miembro paga una tarifa reducida de \$75.	Sin cobertura.
Otros agregados	20 % de descuento sobre el precio minorista.	Sin cobertura.

### Lentes de contacto

**Utilice su cobertura de lentes de contacto 1 vez cada 12 meses consecutivos para comprar 1 par de lentes para anteojos O realizar 1 pedido de lentes de contacto.**

Convencionales	Copago de \$0; monto permitido** de \$200, 15 % de descuento del saldo sobre el monto permitido.	Reembolso de \$160.
Descartables	Copago de \$0; monto permitido de \$200.	Reembolso de \$160.
Medicamente necesarios	Cobertura total.	Reembolso de \$200.

### Descuentos dentro de la red

**Los descuentos no se pueden combinar con ningún otro descuento u oferta promocional, y es posible que no estén disponibles para todas las marcas.**

Pares de anteojos o anteojos de sol con receta adicionales <sup>3</sup>	<b>Hasta un 40 % de descuento en anteojos o anteojos de sol con receta y 15 % de descuento en lentes de contacto convencionales luego de utilizarse el beneficio financiado.</b>
Artículos no cubiertos <sup>4</sup>	<b>20 % de descuento sobre el precio minorista.</b>
Corrección visual con láser LASIK o queratectomía fotorrefractiva (PRK) de <b>U.S. Laser Network</b> <sup>5</sup> . Llame al 1-800-422-6600.	<b>15 % de descuento sobre el precio minorista o 5 % de descuento sobre el precio promocional.</b>
<b>Descuentos para servicios de audición</b> <sup>6</sup> . Dos formas de ahorrar:  <b>Hearing Care Solutions: 1-866-344-7756</b> <b>Amplifon Hearing Health Care: 1-877-301-0840</b>	<b>Ahorre en audífonos, exámenes, baterías, reparaciones y mucho más.</b>

### Lista parcial de exclusiones y limitaciones

Los miembros inscritos pueden obtener acceso a nuestro sitio web seguro para miembros luego de que su plan entre en vigor. Los suscriptores inscritos recibirán un paquete de bienvenida con una tarjeta de identificación que se enviará por correo a su domicilio dentro de los 15 días hábiles luego del procesamiento de la inscripción.

\* Se encuentra disponible cobertura fuera de la red. Para recibir un reembolso de, como máximo, los montos antes indicados, se requiere una forma de reclamo con recibos detallados. Los reembolsos no podrán superar el cargo real del proveedor. Para obtener una forma de reclamo, visite [aetnavision.com](http://aetnavision.com) o llame a Servicios al Cliente al 1-877-973-3238, de lunes a domingo. Las formas de reclamo completas pueden enviarse por vía electrónica o por correo postal a Aetna, P.O. Box 8504, Mason, OH 45040-7111. Asimismo, tiene acceso a proveedores aliados, como Costco Vision, donde aplicarán sus beneficios fuera de la red en el punto de servicio y se encargarán del proceso de presentación de reclamos.

\*\* Los montos permitidos son beneficios que se pueden utilizar solo una vez. No se pueden utilizar saldos restantes. El plan no brinda un beneficio de saldo decreciente.

<sup>1</sup> La colocación de lentes de contacto y las dos visitas de seguimiento están permitidas después de que se haya hecho un examen de ojos.

<sup>2</sup> Las designaciones de progresivos especiales y antirreflejo especial de marca están sujetas a la revisión anual y cambian según las condiciones del mercado. Solicítele a su proveedor de cuidado de ojos que le suministre más información. El costo de los lentes progresivos especiales incluye el costo de los bifocales.

<sup>3</sup> El descuento para pares adicionales se aplica a las compras realizadas después de que se hayan agotado los montos permitidos del plan. Los descuentos no equivalen a un seguro.

<sup>4</sup> Es posible que los descuentos para artículos no cubiertos no estén disponibles en todos los estados.

<sup>5</sup> LASIK o PRK de U.S. Laser Network, que pertenece a LCA Vision y es administrada por esta compañía.

<sup>6</sup> Aetna no respalda a ningún prestador, producto o servicio relacionado con estas ofertas de descuentos. Los prestadores son independientes, es decir, no son agentes ni empleados de Aetna. Es posible que algunos programas, productos y servicios no estén disponibles en todo momento. Es posible que algunas ofertas no estén disponibles en algunos estados. Los productos y servicios son proporcionados por Hearing Care Solutions y Amplifon Hearing Health Care (antes HearPO).

## Definiciones principales

**Copago:** El monto fijo pagado por el miembro conforme al plan. Los proveedores deben cobrar los copagos.

**Monto permitido:** Monto en dólares que puede usarse para cubrir el costo de materiales o servicios.

**Reembolso:** Monto en dólares que Aetna le pagará al miembro sin superar el cargo facturado por los proveedores.

**Desembolso:** El monto que el miembro debe pagar después de que hayan sido aplicados los beneficios.

**Descuento:** Porcentaje que se resta del cargo facturado por los proveedores o del costo al por menor.

**Lentes de policarbonato estándares:** Grosor central de 1.5 mm con curvas esféricas.

**Revestimiento estándar resistente al rayado:** Revestimiento de fábrica resistente al rayado en la parte frontal.

**Lentes progresivos estándares:** Diseño multifocal que produce un cambio gradual en el enfoque sin líneas ni cortes.

**Lentes de contacto convencionales:** Lentes diseñados para uso continuo y diario; incluye lentes rígidos permeables al gas.

**Lentes de contacto descartables:** Lentes diseñados y etiquetados para ser reemplazados en un período específico (por ejemplo, diariamente, semanalmente, mensualmente).

**Lentes de contacto médicamente necesarios:** Para corregir la agudeza visual a 20/40 o más si dicha corrección no es posible mediante lentes convencionales o si se recetan lentes para afaquia tras cirugía de cataratas.

Las pólizas y los planes son asegurados o administrados por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Algunos servicios de administración de reclamos son proporcionados por First American Administrators Inc., y algunos servicios de administración de la red son proporcionados por medio de EyeMed Vision Care, LLC (“EyeMed”).

No todos los servicios están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones de la cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. A continuación, se incluyen las exclusiones y limitaciones principales del plan. Si necesita una descripción completa, consulte el *Folleto-certificado*. El plan no cubre procedimientos especiales de la vista, como ortóptica, terapia de la vista o entrenamiento de la vista; servicios y suministros de la vista que no reúnen los parámetros profesionalmente aceptados; lentes no recetados; anteojos de sol no recetados; dos pares de anteojos en lugar de bifocales; tratamiento médico o quirúrgico de los ojos; servicios cosméticos; lentes, armazones, anteojos o lentes de contacto perdidos o rotos.

Los proveedores de la red Aetna Vision se contratan y acreditan por medio de EyeMed Vision Care, LLC, conforme a los requisitos de EyeMed. EyeMed y Aetna son contratistas independientes y no son agentes uno del otro. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso.

Visite [Aetna.com](http://Aetna.com) para obtener más información sobre los planes de Aetna®.

Aetna cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Aetna brinda ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades y a las personas que necesitan asistencia con el idioma. Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 877-973-3238. Si cree que no le hemos brindado estos servicios o que de alguna otra manera lo hemos discriminado y no hemos cumplido lo antes mencionado, puede presentar una queja formal al coordinador de derechos civiles, a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512. 1-800-648-7817, TTY: 711, fax: 859-425-3379, [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

También puede presentar una queja de derechos civiles en el portal de la oficina correspondiente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Asistencia para personas que no hablan inglés y para personas con problemas de audición.

Para obtener asistencia lingüística en español, llame al 877-973-3238. For language assistance in your language call the number in your ID card at no cost.

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call 1-888-982-3862 .

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-888-982-3862 . (Spanish)

如欲使用免費語言服務，請致電 1-888-982-3862 。 (Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-888-982-3862 . (French)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-888-982-3862 .  
(Tagalog)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-888-982-3862 an. (German)

(Arabic) . للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-888-982-3862

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-888-982-3862 . (French Creole-Haitian)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-888-982-3862 . (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、1-888-982-3862 までお電話ください。 (Japanese)

무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오. (Korean)

(Persian-Farsi) برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-888-982-3862 تماس بگیرید.

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-888-982-3862 . (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-888-982-3862 . (Portuguese)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-888-982-3862 .  
(Russian)

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-888-982-3862 . (Vietnamese)