

Programa de beneficios oftalmológicos PPO

M100D-10/10



MetLife®

©UFS

| Beneficio | Cobertura Dentro de la Red | Reembolso Fuera de la Red | Frecuencia |
|---|---|--|---------------|
| Examen Ocular (uno por frecuencia) <ul style="list-style-type: none"> Examen integral de las funciones visuales y receta de lentes correctivos | Cubierto después de un copago de \$10 | Cubierto hasta \$45 autorizado | 12 meses |
| Materiales/Productos para la vista (Ya sea lentes o lentes de contacto autorizados por frecuencia) | \$10 de copago | No se aplica. | No se aplica. |
| Lentes correctivos estándar <ul style="list-style-type: none"> Monofocales Bifocales alineados Trifocales alineados Lenticulares | Cubierto después del copago por productos para la vista | Cubierto hasta: \$30 de autorización \$50 de autorización \$65 de autorización \$100 de autorización | 12 meses |
| Opciones de lentes estándar¹ <ul style="list-style-type: none"> Protección Ultravioleta Policarbonato (hasta los 18 años) | Cubierto después del copago por productos para la vista | Aplicado al máximo para lentes correctivos aplicables | 12 meses |
| <ul style="list-style-type: none"> Progresivos Policarbonato (adulto) Revestimiento de Resistencia al Rayado Tonalidad Revestimiento Antirreflejo Fotocromático | Estas opciones de lentes están disponibles "sin exceder" el precio/copago máximo. ¹ | \$50 de autorización Aplicado a la autorización para lentes correctivos aplicables | |
| Autorización para marcos (20% de descuento del monto adicional cuando los pacientes eligen un marco que exceda la autorización. Disponible en todos los proveedores dentro de la red, a excepción de las ubicaciones Costco.) <ul style="list-style-type: none"> Costco | Cubierto hasta: \$100 de autorización después del copago por productos para la vista | Cubierto hasta: \$55 de autorización | 24 meses |
| Lentes de Contacto <ul style="list-style-type: none"> Ajuste y evaluación de lentes de contacto Lentes de contacto a elección Necesarios | Ajuste Estándar o Premium cubierto por completo con un copago que no exceda los \$60. | Aplicado a la autorización para lentes de contacto | 12 meses |
| | Cubierto hasta \$100 de autorización | Cubierto hasta \$80 de autorización | |
| | Cubierto después del copago por materiales para lentes | Cubierto hasta \$210 de autorización | |
| Características de valor agregado | | | |
| • Opciones adicionales de lentes ¹ | Promedio 20-25% de ahorro en todas las otras opciones de lentes. | | |
| • Descuentos adicionales en lentes y lentes de sol | 20% descuento del costo por pares adicional de lentes recetados y lentes de sol no recetados, incluyendo las opciones de lentes. | | |
| • Corrección de la Vista con Láser | Los descuentos tienen un promedio del 15% de descuento del precio regular o 5% de descuento por oferta promocional por cirugía láser incluyendo PRK, LASIK y LASIK personalizado. Los descuentos solo están disponibles en los establecimientos participantes de MetLife. | | |

ADVERTENCIA: Si usted o los miembros de su familia están cubiertos por más de un plan de asistencia sanitaria, es posible que usted no pueda recibir los beneficios de ambos planes. Cada plan requerir que usted siga sus reglas o utilice médicos y hospitales específicos y eso puede ser imposible de cumplir con ambos planes a la vez. Antes de que se inscriba en este plan, lea todas las reglas cuidadosamente y compárelas con las reglas de cualquier otro plan que lo cubra a usted o a su familia.

¹ Todas las opciones de lentes están disponibles en las oficinas del proveedor de prácticas privadas y no excede los copagos, y los precios están sujetos a cambio sin previo aviso. Por favor revise con su proveedor los detalles y copagos aplicables para su elección de lentes. Hasta el momento, todas las opciones de lentes y copagos "no exceden" y los precios no están disponibles en Costco. Por favor contacte a su Costco local para confirmar la disponibilidad de las opciones de lentes y precios antes de recibir os servicios.

Los ahorros que necesita, las opciones que desea

Elección de profesionales de cuidado de la vista. Puede consultar a prácticamente cualquier profesional licenciado para el cuidado de la vista. O puede elegir entre los miles de oftalmólogos, optometristas y ópticos que trabajan fuera de la práctica privada o en cadenas ópticas minoristas de primer nivel, como Costco Optical, EyeMasters, Visionworks y muchas más. Para localizar a un proveedor de MetLife Vision, puede visitar www.metlife.com/mybenefits y hacer clic en "Find a Vision Provider" (Encontrar un proveedor del cuidado de la vista) o llamar al 1-855-MET-EYE 1 (1-855-638-3931) para obtener acceso a nuestro sistema de Respuesta de Voz Interactivo las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Para una mayor comodidad, MetLife Vision posee un acuerdo de servicios con Walmart para facilitarle el uso de sus beneficios de MetLife Vision en sucursales de Walmart y Sam's Club. Aunque estas sucursales se consideran fuera de la red, los planes de MetLife Vision incluyen un generoso programa de reembolsos por los servicios procurados en centros fuera de la red. Y como estos centros han aceptado procesar planes de MetLife (es decir, verificar elegibilidad y enviar reclamos), usted no debe enviar ningún formulario de reclamo.

Opciones en productos para la vista. Puede elegir entre una amplia gama de opciones en productos para la vista adecuados para usted y su presupuesto. Desde estilos clásicos a los marcos de diseño más recientes, encontrará cientos de opciones para usted y su familia. Elija entre marcas de primer nivel como FENDI, bebe®, Calvin Klein, Nike, Tommy Bahama® y Disney.

Exclusiones y Limitaciones de Beneficios

Este plan no cubre los siguientes servicios, tratamientos y materiales:

1. Servicios y/o materiales no incluidos específicamente en el Programa de Beneficios como Beneficios del Plan cubiertos.
2. Toda parte de un cargo que exceda el reembolso o la autorización máxima de beneficios indicada en el Programa de Beneficios.
3. Lentes sin graduación (lentes con una corrección refractiva menor a ± 0.50 dioptrías).
4. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
5. Reemplazo de lentes, marcos y/o lentes de contacto abastecidos bajo este Plan que sean objeto de pérdida, robo o daño, excepto en los intervalos normales cuando los Beneficios del Plan estén disponibles de otro modo.
6. Ortóptica o entrenamiento de la vista y pruebas complementarias asociadas.
7. Tratamiento médico y quirúrgico del ojo.
8. Medicamentos con y sin receta.
9. Pólizas de seguro y acuerdos de servicio de lentes de contacto.
10. Reajuste de lentes de contacto después del periodo de ajuste inicial (90 días).
11. Modificación, pulido y limpieza de lentes de contacto.
12. Cualquier examen ocular o producto para la corrección de la vista que sea necesario como condición para un empleo.
13. Servicios y suministros que Usted o Su Dependiente reciban antes de que el Seguro para la Vista comience para esa persona.
14. Ausencia a las citas.
15. Servicios o materiales obtenidos como resultado o en el transcurso de la ocupación regular de una persona cubierta, por un pago o ganancia por los cuales dicha persona cubierta tenga derecho a obtener beneficios según la Ley de Compensación a los Trabajadores, Ley de Responsabilidad del Empleador o ley similar. Todos estos beneficios deben ser reclamados y notificados a la Compañía de manera oportuna.
16. Impuestos locales, estatales o federales, excepto los casos en que la ley estipule que MetLife debe pagar.
17. Servicios: (a) por los que el empleador de la persona que recibe los servicios no debe realizar un pago; o (b) recibidos en un establecimiento costado por el Empleador, sindicato, asociación de beneficios mutuos, u hospital de la Administración de Veteranos.
18. Servicios o beneficios de los mismos, siempre y cuando dichos servicios estén disponibles bajo un Plan de Gobierno. Esta exclusión se aplicará independientemente de que la persona que reciba los servicios se encuentre inscrita en el Plan del Gobierno. No excluirémos el pago de beneficios por los servicios mencionados si el Plan del Gobierno exige que se pague primero el Seguro para la Vista bajo la Póliza de Grupo. Plan del Gobierno se refiere a cualquier plan, programa o cobertura establecidos bajo las leyes o normas de un gobierno. El término no incluye a ningún plan, programa o cobertura proporcionada por un gobierno como empleador o Medicare.
19. Servicios o materiales recibidos como resultado de una enfermedad, defecto o lesión como consecuencia de una guerra o acto de guerra (declarada o no), la participación en un motín o insurrección, o por un delito grave o intento de delito grave.
20. Servicios o materiales obtenidos fuera de los Estados Unidos, salvo la atención para la vista de emergencia.
21. Servicios, procedimientos o materiales por los cuales no se habría cobrado un cargo ante la ausencia de un seguro.

Los beneficios están suscritos por Metropolitan Life Insurance Company, Nueva York, NY. Ciertos reclamos y servicios de administración de la red se proporcionan a través de nuestro Plan de Servicios para la Vista.

En ciertos estados, la disponibilidad de los beneficios para la vista de grupo de MetLife están sujetos a aprobación reglamentaria.

Como la mayoría de los programas de beneficios de grupo, los programas de beneficios que ofrecen MetLife y sus filiales tienen ciertas exclusiones, excepciones, reducciones, limitaciones, periodos de espera y términos con los cuales se mantienen vigentes. Comuníquese con MetLife o con su administrador del plan para obtener información sobre los costos y detalles completos.

Metropolitan Life Insurance Company, Nueva York, NY 10166