Resumen del plan de la vista

MetLife

Con su Plan de organización de proveedores preferidos Vision, usted puede:

- Consultar a cualquier especialista oftalmológico autorizado y recibir cobertura. Solo tenga en cuenta que el monto de su plan lo beneficiará más si permanece dentro de la red.
- Elegir de una extensa red de oftalmólogos, optometristas y ópticos, desde centros privados hasta minoristas, como Costco® Optical, Walmart, Sam's Club[3] y Visionworks.

Características con valor agregado dentro de la red:

Mejoras adicionales de lentes: Además de las mejoras estándar de lentes, disfrute de un ahorro promedio del 20 % al 25 % en todas las demás mejoras[1].

Ahorros en anteojos y lentes de sol: Obtenga descuentos del 20 % en pares adicionales de lentes con receta y lentes de sol sin receta, lo que incluye mejoras de lentes. Otras ofertas promocionales pueden estar disponibles en ciertos períodos[1].

Corrección de la vista con láser:[2] Ahorros con un descuento promedio del 15 % con respecto al precio normal o 5 % de descuento en una oferta promocional para cirugía con láser, lo que incluye PRK, LASIK regular o LASIK personalizada. Esta oferta está disponible solamente en centros participantes de MetLife.

Estamos aquí para ayudarlo

Busque un proveedor de Vision en www.metlife.com/vision

Descargue un formulario de reclamo en www.metlife.com/mybenefits

Si tiene preguntas generales, visite www.metlife.com/mybenefits o llame al 1-855-MET-EYE1 (1-855-638-3931).

Beneficios dentro de la red

No necesita presentar reclamos cuando consulta a un especialista de la vista dentro de la red. Solo abone su copago y, si corresponde, cualquier monto que supere la asignación al momento del servicio.

Frecuencia

Examen oftalmológico

Una vez cada **12** meses

- Examen de salud de la vista, dilatación, receta y refracción para lentes: Cobertura completa luego de un copago de **$20**.
- Diagnóstico por imágenes de retina: Hasta un copago de **$39** en evaluaciones periódicas de retina cuando se realizan en un consultorio privado.

Marco

Una vez cada **12** meses

- Asignación: **$100** luego de un copago de **$25** para lentes y accesorios.
- Costco, Walmart y Sam’s Club: **$55** de asignación luego de un copago de **$25** para lentes y accesorios.

  Recibirá un descuento adicional del **20 %** sobre el monto que pague una vez que se supera la asignación. Esta oferta está disponible en todas las sucursales participantes, a excepción de Costco, Walmart y Sam's Club.

Lentes correctivos estándares

Una vez cada **12** meses

- Lentes monofocales, lentes bifocales con línea, lentes trifocales con línea, lenticulares: Cobertura completa luego de un copago de **$25** para lentes y accesorios.

Mejoras de lentes estándares[1]

Una vez cada **12** meses

- Protección ultravioleta (UV) y policarbonato (niños hasta 18 años): Cobertura completa.
- Progresivos estándar, progresivos de primera calidad/personalizados, policarbonato (adulto), protectores resistentes a los golpes, tintes, antirreflejo y fotocromáticos: Su costo estará limitado a un copago que MetLife negoció para usted. Puede ver estos copagos después de inscribirse en www.metlife.com/mybenefits.

Lentes de contacto (en vez de lentes regulares)

Una vez cada **12** meses

- Evaluación y adaptación de lentes: Cobertura completa.
- Lentes electivos: asignación de **$100**.
- Lentes necesarios: Cobertura completa luego del copago para lentes y accesorios.

Segundo par

Este beneficio le otorga cobertura adicional para lentes y accesorios. Puede obtener:

- Dos pares de lentes recetados;
- Un par de lentes recetados y una asignación para lentes de contacto o
- Una asignación doble para lentes de contacto.

Reembolso fuera de la red

Usted paga los servicios y luego presenta un reclamo para obtener el reembolso. Se aplican las mismas frecuencias de beneficios que en los **beneficios dentro de la red**. Una vez inscrito, visite www.metlife.com/mybenefits para conocer información detallada acerca de los beneficios fuera de la red.

- Examen oftalmológico: hasta **$45**
- Marcos: hasta **$55**
- Lentes de contacto:
  - Electivos: hasta **$80**
  - Necesarios: hasta **$210**
- Lentes monofocales: hasta **$30**
- Lentes bifocales con línea: hasta **$50**
- Lentes trifocales con línea: hasta **$65**
- Lentes lenticulares: hasta **$100**
- Lentes progresivos: hasta **$50**

Exclusiones y limitaciones de beneficios

Este plan no brinda cobertura para los siguientes servicios, tratamientos y materiales

SERVICIOS, LENTES Y ACCESORIOS

- Los servicios o materiales que no se incluyen específicamente en el Resumen de beneficios del plan Vision (Programa de beneficios).
- Cualquier parte de un cargo que supere la asignación máxima de beneficio o el reembolso indicado en el Programa de beneficios.
- Cualquier examen de la vista o lentes y accesorios correctivos solicitados como una condición del empleo.
- Servicios y suministros que usted o su dependiente hayan recibido antes del comienzo del Seguro Vision.
- Citas perdidas.
- Servicios o materiales que resulten de la ocupación regular de una persona con cobertura o en el curso de esta con un costo o una rentabilidad a la que la persona con cobertura tiene derecho conforme a cualquier ley de compensación de los trabajadores, ley de responsabilidad del empleador o una ley similar. Debe reclamar y notificar de inmediato a la compañía sobre todos los beneficios de este tipo.
- Impuestos locales, estatales o federales, excepto en los casos en que la ley establezca que MetLife debe pagar.
- Servicios o materiales recibidos como resultado de una enfermedad, un defecto o una lesión debido a una guerra o a un acto de guerra (declarada o no), que ocurran en un disturbio o en una insurrección, o mientras se comete o intenta cometer un delito grave.
- Servicios y materiales obtenidos fuera de los Estados Unidos, excepto por atención de la vista en caso de emergencia.
- Servicios, procedimientos o materiales por los cuales no se habría cobrado un cargo en ausencia de un seguro.
- Servicios: (a) que el empleador de la persona que recibe dichos servicios no debe pagar o (b) recibidos en un centro mantenido por el empleador, sindicato de trabajadores, asociación de beneficios mutuos u hospital de Asuntos de Veteranos (VA).
- Servicios, en la medida que tales servicios, o beneficios por tales servicios, estén disponibles bajo un Plan del Gobierno. Esta exclusión se aplica ya sea que la persona que recibe los servicios esté inscrita o no en el Plan del Gobierno. No excluiremos el pago de los beneficios para tales servicios si el Plan del Gobierno requiere que se pague primero el Seguro Vision de la Póliza Colectiva. Plan del Gobierno hace referencia a cualquier plan, programa o cobertura que se establezca bajo las leyes o regulaciones de cualquier gobierno. El término no incluye ningún plan, programa o cobertura provistos por un gobierno como empleador ni Medicare.
- Lentes planos (lentes con corrección de refracción de menos de ± 0.50 dióptrico).
- Dos pares de lentes en vez de lentes bifocales.
- Reemplazo de lentes, marcos o lentes de contacto, cubiertos por este Plan que se pierdan, sean robados o sufran daños, excepto en los intervalos normales en los que los Beneficios del plan estén de otra forma disponibles.
- Pólizas de seguro para lentes de contacto y acuerdos de servicio.
- Readaptación de lentes de contacto luego del período inicial de adaptación (90 días).
- Modificación, limpieza y pulido de lentes de contacto.

TRATAMIENTOS

- Ortóptica o ejercicios de la vista y cualquier evaluación complementaria adicional.
- Tratamiento médico y quirúrgico de los ojos.

MEDICAMENTOS

- Medicamentos con receta y sin receta.

[1] Todas las opciones de mejoras de lentes están disponibles en los consultorios particulares participantes. Los copagos y precios máximos están sujetos a cambios sin previo aviso. Verifique con su proveedor los detalles y los copagos correspondientes para su elección de lentes. Comuníquese con su sucursal local de Costco, Walmart o Sam's Club para confirmar la disponibilidad de mejoras de lentes y precios antes de recibir los servicios. Es posible que no haya descuentos adicionales disponibles en algunos estados.
[2] Cobertura de LASIK personalizada disponible únicamente usando la tecnología de frente de ondas con el dispositivo quirúrgico de microqueratomo. Se pueden realizar otros procedimientos de LASIK con un costo adicional para el miembro. Los ahorros adicionales para el cuidado de la vista con láser solo están disponibles en tiendas participantes.
[3] Los beneficios Vision ofrecidos a través de Walmart y Sam's Club estarán disponibles para los participantes el 1 de agosto de 2019 en todos los estados excepto Arkansas. Los beneficios Vision ofrecidos a través de Walmart y Sam's Club estarán disponibles para los participantes en Arkansas a partir del 1° de enero de 2020.

Importante: Si usted o los miembros de su familia cuentan con cobertura de más de un plan de atención de la salud, es posible que no pueda obtener los beneficios de ambos planes. Cada plan puede requerir que siga sus regulaciones o que use hospitales o médicos específicos; también podría ser imposible cumplir con ambos planes al mismo tiempo. Antes de inscribirse en este plan, lea todas las reglamentaciones con atención y compárelas con las reglamentaciones de cualquier otro plan que brinde cobertura a usted o a su familia.

M100A-20/25-H/P
Los beneficios de MetLife Vision están suscriptos por Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY. Ciertos servicios de administración de reclamaciones y red se proveen a través de Vision Service Plan (VSP), Rancho Cordova, CA. VSP no está afiliada a Metropolitan Life Insurance Company ni a sus empresas afiliadas.

Como muchos de los programas de beneficios grupales, los programas de beneficios ofrecidos por MetLife y sus afiliadas contienen exclusiones, excepciones, reducciones, limitaciones, períodos de espera y términos para mantenerlos vigentes. Comuníquese con MetLife o con el administrador de su plan para conocer los costos y obtener más información.

L0519514542[exp0520][All States] © 2019 MetLife Services and Solutions, LLC