Humana Vision 150
PEARLAND ISD

TEXAS

Servicios	Si acude a un proveedor de la red (costo al afiliado)	Si acude a un proveedor fuera de la red (reembolso)
Examen con dilatación según sea necesario	$10	Hasta $30
Imágenes de la retina*[1]	Hasta $39	No cubierto
Opciones de examen de lentes de contacto[2]		
Lentes de contacto estándar adaptación y seguimiento*	Hasta $40	No cubierto
Lentes de contacto premium adaptación y seguimient*	10% de descuento del precio minorista	No cubierto
Monturas[3]	Subsidio de $130, 20% de descuento al saldo sobre $130	Subsidio de $80
Lentes de plástico estandar		
Monofocales	$10	Hasta $25
Bifocal	$10	Hasta $40
Trifocal	$10	Hasta $60
Lenticular	$10	Hasta $100

* Este servicio no es un beneficio cubierto por su póliza de seguro. Sin embargo, este servicio puede estar disponible para los afiliados de los proveedores participantes a la tarifa con descuento que se muestra. Los afiliados deben confirmar el precio con su proveedor.

Humana Vision 150
PEARLAND ISD

TEXAS

Servicios	Si acude a un proveedor de la red (costo al afiliado)	Si acude a un proveedor fuera de la red (reembolso)
Opciones de lentes[4]		
Capa UV*	$15	No cubierto
Tinte (solido y gradiente)*	$15	No cubierto
Protección estándar contra rasgaduras*	$15	No cubierto
Policarbonato estándar - Adultos*	$40	No cubierto
Policarbonato estándar - Niños menores de 19 años*	$40	No cubierto
Capa antirreflectora estándar	$25	Hasta $25
Capa antirreflectora premium		
• Nivel 1	$37	Hasta $25
• Nivel 2	$48	Hasta $25
• Nivel 3	80% del cargo menos el subsidio de $20	Hasta $25
Progresivo estándar (complemento de bifocal)	$10	Hasta $40
Progresivo premium		
• Nivel 1	$75	Hasta $40
• Nivel 2	$85	Hasta $40
• Nivel 3	$100	Hasta $40
• Nivel 4	Copago de $55, 80% del cargo menos el subsidio de $120	Hasta $40
Fotocromático/de transición, plástico*	$75	No cubierto
Polarizados*	20% de descuento del precio minorista	No cubierto
Lentes de contacto[5] (solo materiales)		
Convencional	Subsidio de $150, 15% de descuento al saldo sobre $150	Subsidio de $128
Desechables	Subsidio de $150	Subsidio de $128
Necesarios por razones médicas	$0	Subsidio de $210
Frecuencia		
Examen	1 vez cada 12 meses	1 vez cada 12 meses
Lentes o lentes de contaco	1 vez cada 12 meses	1 vez cada 12 meses
Monturas	1 vez cada 12 meses	1 vez cada 12 meses

Humana Vision 150
PEARLAND ISD

TEXAS

Servicios	Si acude a un proveedor de la red (costo al afiliado)	Si acude a un proveedor fuera de la red (reembolso)
Cuidado de la vista por diabetes (solo materiales)		
Examen	$0	Hasta $77
• Hasta (2) servicios por año		
Imágenes de la retina	$0	Hasta $50
• Hasta (2) servicios por año		
Oftalmoscopía extendida	$0	Hasta $15
• Hasta (2) servicios por año		
Gonioscopia	$0	Hasta $15
• Hasta (2) servicios por año		
Láser para escanear	$0	Hasta $33
• Hasta (2) servicios por año		

[1]Los costos al afiliado pueden exceder $39 con ciertos proveedores. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay algún descuento disponible.

[2]El costo por el examen de lentes de contacto estándar, adaptación y seguimiento y los descuentos del examen para lentes de contacto premium de hasta el 10% podrían variar según cada proveedor participante. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay algún descuento disponible.

[3]Podría haber descuentos en todas las monturas, a menos que el fabricante no lo permita.

[4]Los costos de opciones de lentes pueden variar según el proveedor. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si los costos enumerados están disponibles.

[5]El plan cubre lentes de contacto o lentes para monturas, pero no ambos.

Beneficios opcionales

Beneficio de monturas por 12 meses	El beneficio remplaza la frecuencia básica de 24 meses del plan.

Humana Vision 150
PEARLAND ISD

TEXAS

Descuentos adicionales del plan

- Los afiliados podrían recibir un 20% de descuento con proveedores participantes, para artículos no cubiertos por el plan. Los afiliados pueden contactar a su proveedor participante para determinar si hay algún descuento disponible. El descuento no se aplica a los servicios profesionales de los proveedores de EyeMed ni a lentes de contacto. Los descuentos del plan no pueden combinarse con ningún otro descuento o promoción. Podrían no ser cubiertos los servicios o materiales provistos por cualquier otro plan grupal de beneficios para la vista. Ciertos materiales para la vista de marca, podrían no ser elegibles para el descuento si el fabricante impone una política de no ofrecer descuentos. Los descuentos para monturas, lentes y opciones de lentes se aplican solo al comprar un par completo de anteojos. Si se compran por separado, los afiliados pueden recibir un descuento de 20% sobre el precio minorista.

- Los afiliados podrían recibir un descuento del 15% del precio minorista o 5% de descuento del precio de promoción de Lasik o PRK de la red US Laser Network, perteneciente a LCA Vision. Ya que las correcciones por Lasik o PRK son procedimientos electivos, hechos por proveedores capacitados especialmente para ello, el descuento podría no estar disponible con el proveedor que usted visite.

Tarifas mensuales** (12 deducciones al año)

Empleado:	$8.82
Empleado y cónyuge:	$17.65
Empleado e hijo(s):	$19.41
Familiar:	$28.23

* El presente documento no sustituye a una cotización. Las tarifas deben ser aprobadas por el departamento de suscripción de Humana Vision.



¿Tiene preguntas?

Visite **espanol.humana.com** o llame al **877-398-2980**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del Este. Encuentre un proveedor de la vista en **es-www.humana.com/find-care**



¡Regístrese hoy!

¡Regístrese o inicia sesión en MyHumana en **es-www.humana.com** para ver los detalles de su cobertura, ver sus tarjetas de identificación, manejar sus reclamaciones, encontrar un proveedor de la vista y más!

Limitaciones y exclusiones:

Además de las limitaciones y exclusiones que se detallan en su sección "Beneficios para la vista", la póliza no proporciona beneficios para lo siguiente:

1. Cualquier gasto incurrido mientras usted califica para cualquier ley de compensación laboral o de enfermedades ocupacionales, haya solicitado o no la cobertura.
2. Servicios:
   - Que sean gratis o por los que usted no tenga que pagar si no tuviera esta cobertura, a menos que los cargos se reciban por parte de, o se reembolsen al, gobierno de EE.UU. o cualquiera de sus agencias según lo exija la ley;
   - Proporcionados por, o pagaderos por, cualquier plan o legislación a través de cualquier gobierno o subdivisión política (esto no incluye Medicare o Medicaid); o
   - Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia administrada o propiedad del gobierno de EE.UU. para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión física.
3. Cualquier pérdida que contribuya o haya sido causada por:
   - Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no;
   - Cualquier conflicto armado internacional; o
   - Cualquier conflicto que involucre a las fuerzas militares de cualquier autoridad internacional.
4. Cualquier costo que se presentara por rellenar formularios.
5. Su falta por no acudir a una cita.
6. Cualquier hospital, instalación quirúrgica o de tratamiento, o por los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
7. Medicamentos recetados o medicación previa a la anestesia, ya sean suministrados o recetados.
8. Cualquier servicio que no se haya descrito específicamente en el Cronograma de beneficios.
9. Cualquier servicio que nosotros determinemos que:
   - No es necesario para la vista;
   - No ofrezca un pronóstico favorable;
   - Que no tenga aprobación profesional uniforme; o
   - Sea de carácter experimental o para investigación.
10. Ortóptica o entrenamiento de la visión
11. Aditamentos para la vista subnormal y pruebas afines.
12. Lentes para aniseiconía.
13. Cualquier servicio que consideremos cosmético.
14. Cualquier gasto incurrido antes de su fecha de entrada en vigor o después de la fecha en la que termina su cobertura conforme a esta póliza.
15. Servicios proporcionados por alguien que generalmente viva en su casa o que es miembro de la familia.
16. Cargos que excedan el límite de reembolso por el servicio.
17. Tratamiento que resulte de cualquier lesión auto infligida intencionalmente o enfermedad corporal.
18. Lentes plano.
19. Tratamiento médico o quirúrgico de uno o ambos ojos, o de tejidos anexos.
20. El remplazo de lentes o monturas recibidas bajo este plan en caso de pérdida o roturas, a menos que el plan lo permita.
21. Cualquier servicio o material requerido por un patrono como condición de empleo.
22. Lentes para el sol sin receta.
23. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
24. Servicios o materiales provistos por cualquier otro beneficio grupal que proporcione servicios para la vista.
25. Ciertas marcas para las cuales, el fabricante prohíba descuentos.
26. Tratamiento correctivo experimental para la vista.
27. Soluciones y/o productos de limpieza para anteojos o lentes de contacto.
28. Tratamiento patológico.
29. Artículos que no tengan receta médica.
30. Costos asociados con el aseguramiento de los materiales.
31. Servicios pre y posoperatorios.
32. Ortoqueratología.
33. Materiales de mantenimiento de rutina.
34. Adaptación o cambios en el diseño de los lentes después de la adaptación inicial, a menos que se permitan específicamente en otra sección del certificado.
35. Lentes pintados de manera artística.

Los productos de seguro de Humana Vision están asegurados por Humana Insurance Company, Humana Health Benefit Plan of Louisiana, The Dental Concern, Inc. o Humana Insurance Company of New York. En Arizona, los planes grupales de visión están asegurados por Humana Insurance Company. En New Mexico, los planes grupales de visión están asegurados por Humana Insurance Company.

La presente no es una divulgación completa de los requisitos y las limitaciones del plan. El agente le proporcionará las exclusiones y limitaciones específicas tal y como aparecen en la Guía de información técnica y regulativa. Revise esta información antes de solicitar la cobertura.

AVISO: Sus gastos reales por servicios cubiertos pudieran exceder el costo o reembolso indicado debido a que los cargos reales del proveedor no se pueden utilizar para determinar la porción correspondiente al afiliado y al plan.

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
  Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
  Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **877-320-1235** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** o en **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en **https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.
- **Residentes de California**: También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California): **800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 877-320-1235 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 877-320-1235 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.
繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。
Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.
한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오 .
Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.
Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.
Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.
Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.
Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.
Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.
Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.
日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。
فارسی (Farsi)
برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.
Diné Bizaad (Navajo): Wódahí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'į' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'dęę́ nika'adoowoł.
العربية (Arabic)
الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك