Eficaz: 9/1/23 – 8/31/25
$0 Examen / $0 Copago de Materiales
Edad del Dependiente: 26 (EOBY)

Frecuencia de Servicio: Año calendario - Septiembre	**Empleado**	**Cónyuge**	**Niños**
Examen de la vista	12 Meses	12 Meses	12 Meses
Lentes	12 Meses	12 Meses	12 Meses
Marcos	12 Meses	12 Meses	12 Meses

Beneficios: El empleado puede seleccionar	Proveedor Participante de VBA Cantidad cubierta/beneficio (Copago cero)	Proveedor fuera de la red Reembolso Máximo (Copago cero)
Examen de la vista (gafas o lentes de contacto)	Cubierto por completo	$40
Examen de Retina (a partir del 13/10/22)	Copago no excede $39	N/A
Lentes estándar transparentes (Par):		
Visión única	Cubierto por completo	$40
Bifocales	Cubierto por completo	$50
Bifocales mezclados	Cubierto por completo	$50
Trifocales	Cubierto por completo	$75
Progresivos	Parcialmente Cubierto	$75
Lenticulares	Cubierto por completo	$100
Policarbonato	Cubierto por completo	N/A
Capa anti-rayadura basica	Cubierto por completo	N/A
Marco (asignación al por mayor)	Hasta $50	$50
-O-		
Lentes de Contacto Electivos (en vez de gafas)		
Asignación de materiales	Hasta $160[A]	$160
Tarifa de ajuste electivo y evaluación	15% de descuento del UCR	N/A
-O-		
Lentes de contacto médicamente necesarios	Cubierto por completo[B]	$320
Ayudas de baja visión (Por 24 Meses. Sin máximo de por vida)	N/A	$650

Donde se muestra una "asignación" arriba, el miembro es responsable de pagar cualquier cargo que exceda la asignación menos cualquier copago aplicable.

Beneficios y la participación de proveedores pueden variar según la ubicación, incluidos entro otros, Costco® Optical, Pearle Vision, LensCrafters®, Target Optical y Boscov's™ Optical.

A La asignación se aplica a todos los servicios/materiales asociados con los lentes de contacto, incluidos, entre otros, el ajuste de contactos, la dispensación, el costo de los lentes de contacto, etc. No hay garantía de que la asignación cubra el costo de los servicios y materiales.

B Requiere aprobación previa. Solo se puede seleccionar en lugar de todos los demás beneficios y materiales enumerados en este documento.

Este plan está diseñado para cubrir sus necesidades visuales en lugar de opciones cosméticas.

Cargos adicionales

Usted puede incurrir en cargos de su bolsillo al seleccionar cualquiera de los siguientes:

- Lentes tintadas
- Lentes fotocromáticas/polarizadas
- Lentes de alto índice
- Progresivos (disponible a partir de $29)
- El recubrimiento de el lente o lentes (Excepto el recubrimiento básico contra arañazos)
- Un marco que cuesta más que la asignación del plan
- Marcos sin borde
- Capa antirreflejante

Además, los costos de lentes de contacto / servicios que excedan las asignaciones de reembolso programadas del plan son responsabilidad del paciente.

No cubierto

El contrato le da a VBA el derecho de renunciar a cualquiera de las limitaciones del plan sí, en la opinión de nuestros optometristas consultantes, es necesario para el bienestar del paciente. VBA no proporciona ningún beneficio para servicios profesionales o materiales relacionados con lo siguiente:

- Ortopedia o entrenamiento de la visión
- Lentes sin receta
- Dos pares de gafas en lugar de bifocales
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos
- Un examen ocular, o gafas correctivas, requeridas por un empleador como condición de empleo
- Servicios de materiales proporcionados como resultado de cualquier Ley de Compensación al Trabajador o legislación similar
- Anteojos y lentes de contacto durante el mismo período de elegibilidad

Los lentes y marcos proporcionados bajo este programa que se pierden o se rompen no será reemplazado excepto a los intervalos normales cuando los servicios estén disponibles de otra manera.

Términos y condiciones adicionales

La asignación de marco se basa en los precios al por mayor en ubicaciones no minoristas. Asignación de marco, Los precios y las pólizas de los lentes de contacto varían según la ubicación. Póngase en contacto con su proveedor antes de solicitar servicios.

Los beneficios solo se pueden usar para lentes de contacto cuando se seleccionan en lugar de anteojos (lentes y monturas de gafas). Si se compra al mismo tiempo a un solo proveedor, su plan cubrirá hasta $160 el costo de las tarifas de ajuste de contacto y lentes de contacto. Cualquier cargo de lentes de contacto del proveedor que exceda esta cantidad será responsabilidad del miembro. Es posible que se requiera que los miembros paguen las tarifas de equipamiento de contacto de su bolsillo en algunos lugares.

Los beneficios y la participación pueden variar según la ubicación y donde lo prohíba la ley estatal.

Un descuento del 15% sobre la tarifa habitual de ajuste de lentes de contacto del proveedor puede estar disponible en algunos lugares. Nulo donde lo prohíba la ley.

Los beneficios solo se pueden usar para lentes de contacto médicamente necesarios cuando se seleccionan en lugar de todos los demás materiales.

Se aplican términos y condiciones adicionales. Comuníquese con VBA al 412-881-4900 para obtener más información.