

Resumen del plan de la vista

Con su Plan de Organización de proveedores preferidos para la atención de la vista, puede:

- Consultar a cualquier especialista en oftalmología con licencia y recibir cobertura. Solo recuerde que obtiene más de sus dólares de beneficios cuando permanece dentro de la red.
- Elija entre una amplia red de oftalmólogos, optometristas y ópticos, desde consultorios privados hasta minoristas como Costco® Optical y Visionworks.
- Aproveche nuestro acuerdo de servicio con Walmart y Sam's Club; ellos comprueban su elegibilidad y procesan sus reclamos a pesar de que están fuera de la red.

Características de valor añadido dentro de la red:

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

Ahorro en anteojos y anteojos de sol: Obtenga un 20 % de ahorro en pares adicionales de anteojos graduados y anteojos de sol sin receta, incluidas mejoras de lentes. En ocasiones, otras ofertas promocionales también pueden estar disponibles.¹

Corrección de la vista con láser:² Ahorro promedio de 15 % de descuento

Estamos aquí para ayudarlo

Encuentre un proveedor de la vista 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)

Metropolitan Life Insurance Company

Beneficios dentro de la red

No necesita presentar un reclamo cuando consulta a un especialista en oftalmología dentro de la red.

Simplemente pague su copago y, en caso de que corresponda, cualquier cantidad en exceso de su asignación en el momento del servicio.

Frecuencia

Examen de la vista

Una vez cada **12** meses

Examen de salud de los ojos, dilatación, receta y refracción para anteojos: Con cobertura total después de **\$10** de copago.

Imágenes de diagnóstico de retina: Hasta un copago de **\$39** en las pruebas de detección de problemas en la retina de rutina cuando las realiza un consultorio privado.

Montura

Una vez cada **24** meses

Asignación: **\$150**

Costco: **asignación de \$85**

Usted recibirá un ahorro adicional del **20%** en la cantidad que paga por encima de su asignación. Esta oferta está disponible en todos los centros participantes, excepto Costco.

Antojos correctivos estándar

Una vez cada **12** meses

Monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria, lenticulares: Con cobertura total después de un copago de **\$25** para anteojos.

Mejoras de lentes estándar¹

Una vez cada **12** meses

Policarbonato (niños hasta los 18 años de edad), **y revestimiento ultravioleta (UV)** Con cobertura total. Progresivo, policarbonato (adulto), fotocromico, antirreflectivo y recubrimientos resistentes al rayado y tintes: Su costo se limitará a un copago que MetLife ha negociado para usted. Puede consultar estos copagos después de su inscripción en metlife.com/mybenefits.

Lentes de contacto (en lugar de anteojos)

Una vez cada **12** meses

Ajuste y evaluación de los lentes de contacto: Con cobertura total con un copago máximo de **\$60**.

Lentes electivos: **Asignación de \$150**.

Lentes necesarios: Con cobertura total después de un copago de \$25 para anteojos.

Reembolso fuera de la red

Usted paga por los servicios prestados y luego presenta una reclamo de reembolso. Se aplican las mismas frecuencias de beneficios que para aquellos dentro de la red.

Una vez inscrito, visite www.metlife.com/mybenefits para obtener información detallada sobre los beneficios fuera de la red.

• Examen ocular: hasta \$45	• Lentes monofocales: hasta \$30	• Lentes trifocales con línea divisoria: hasta \$65
• Monturas: hasta \$70	• Lentes bifocales con línea divisoria: hasta \$50	• Lentes progresivos: hasta \$50
	• Lentes de contacto:	• Lentes lenticulares: hasta \$100
	- Electivos hasta \$105	
	- Necesarias hasta \$210	

Limitaciones y exclusiones de beneficios

Este plan no cubre los siguientes servicios, materiales y tratamientos

SERVICIOS Y ANTEOJOS

- Servicios y/o materiales no incluidos específicamente en la Descripción general de beneficios del plan para la visión (Lista de beneficios).
- Cualquier parte de un cargo que excede el beneficio máximo permitido o reembolso indicado en la Lista de beneficios.
- Cualquier examen ocular o lentes correctivos necesarios como una condición de empleo.
- Servicios y suministros que usted o su dependiente hayan recibido antes del comienzo del Seguro de la visión.
- Citas perdidas.
- Servicios o materiales originados por la ocupación regular remunerada o lucrativa de una persona con cobertura, o durante dicha ocupación, para los cuales la persona con cobertura tiene derecho a beneficios en conformidad con cualquier ley de compensación de los trabajadores, ley de responsabilidad del empleador o ley similar. Usted debe reclamar con prontitud y notificar a la Compañía de todos estos beneficios.
- Impuestos locales, estatales y/o federales, excepto cuando la ley le exija su pago a MetLife.

- Servicios o materiales recibidos como resultado de enfermedad, defecto o lesión debido a una guerra o a un acto de guerra (declarada o no), mientras forma parte de un disturbio o en una insurrección, o mientras se comete o intenta cometer un delito grave.
- Servicios y materiales recibidos mientras está fuera de los Estados Unidos, a excepción de la atención de la vista de emergencia.
- Servicios, procedimientos o materiales por los cuales no se habría cobrado un cargo en ausencia de un seguro.
- Servicios: (a) para los que no se requiere el pago del empleador de la persona que recibe este tipo de servicios; o (b) recibidos en un centro mantenido por el empleador, sindicato, asociación de beneficios mutuas u hospital de la Administración 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 excluirémos el pago de los beneficios para tales servicios si el Plan del Gobierno requiere que se pague primero el Seguro de visión 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 o Medicare.

- Lentes planos (lentes con corrección refractiva inferior a ± 0.50 dioptrías).
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
- inicial (90 días).
- El plan ofrece el reemplazo de lentes, monturas y/o lentes de contacto suministrados en función del mismo cuando los pierde, se los roban o resultan dañados, excepto en los intervalos normales cuando los Beneficios del plan están disponibles de otra manera.
- Pólizas de seguro y acuerdos de servicio con respecto a lentes de contacto.
- Nueva adaptación de lentes de contacto después del período de adaptación
- Modificación, pulido y limpieza de lentes de contacto.

TRATAMIENTOS

- Ortóptica o entrenamiento visual y cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico y quirúrgico del ojo o de los ojos.

MEDICAMENTOS

- Medicamentos recetados y sin receta.

¹ Todas las mejoras de lentes están disponibles en consultorios privados participantes. Los copagos y precios máximos están sujetos a cambios sin previo aviso. Consulte con su proveedor para obtener más información y los copagos aplicables a su elección de lentes. Póngase en contacto con su Costco local para confirmar la disponibilidad de mejoras de lentes y precios antes de recibir los servicios. Es posible que descuentos adicionales no estén disponibles en algunos estados.

² La cobertura de LASIK personalizado solo está disponible cuando se utiliza la tecnología de frente de onda con el dispositivo quirúrgico microqueratomo. Otros procedimientos LASIK se pueden realizar a un costo adicional para el miembro. Los ahorros adicionales sobre cuidado de la visión con láser solo están disponibles en los centros participantes.

Importante: Si usted o algún miembro de su familia cuenta con cobertura por parte de más de un plan de atención médica, es posible que no pueda cobrar beneficios de ambos planes. Cada plan le puede exigir que siga sus reglas o utilice médicos y hospitales específicos, y es posible que no pueda cumplir con ambos planes al mismo tiempo. Antes de inscribirse en este plan, lea todas las reglas con mucho cuidado y compárelas con las reglas de cualquier otro plan que le provea cobertura a usted o a su familia.

NOMBRE DEL PLAN M150D-10/25

Los beneficios de MetLife Vision cuentan con la protección por parte de Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY. Algunos reclamos y servicios de administración de la red se prestan a través de Vision Service Plan (VSP), Rancho Cordova, CA. VSP no está afiliada a Metropolitan Life Insurance Company y sus afiliadas.

Como la mayoría de los programas de beneficios colectivos, los programas de beneficios ofrecidos por MetLife y sus filiales contienen determinadas exclusiones, excepciones, reducciones, limitaciones, períodos de espera y plazos para que se mantengan vigentes.

Comuníquese con MetLife

o con el administrador de su plan para informarse sobre los costos y obtener más detalles.

Costo mensual

Los siguientes costos mensuales estarán en vigencia hasta el Agosto 31, 2023. Sus primas se pagarán a través de la comodidad de la deducción por nómina. Los costos mensuales cubren a todos los hijos elegibles.

Empleado únicamente	\$9.88		
Empleado + uno	\$16.82	Empleado + familia	\$24.71

