



**Resumen de beneficios para Sares Regis Operating Company, L.P.**

**Aetna Vision<sup>SM</sup> Preferred**

[www.aetnavision.com](http://www.aetnavision.com)

<p>Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2023          Identificación externa del plan: 1032267105          Line Value: 541          Frecuencia (examen/armazón/lentes): 12/24/12          Enhanced Plan - 201(a)E V-24          Primary Vision Quote          777812 - Package A</p>	<p>Costo del miembro dentro de la red Aetna Vision</p>	<p>Reembolso al miembro fuera de la red*</p>
--	--	--

**Examen**

**Utilice su cobertura de examen 1 vez cada 12 meses consecutivos.**

Examen de ojos con dilatación, según sea necesario	Copago de \$10.	Reembolso de \$32.
Imágenes retinianas	El miembro paga una tarifa reducida de \$39.	Sin cobertura.
Colocación y control de lentes de contacto estándares <sup>1</sup>	El miembro paga una tarifa reducida de \$40.	Sin cobertura.
Colocación y control de lentes de contacto especiales	El miembro paga el 90 % del precio minorista.	Sin cobertura.

**Armazones**

**Utilice su cobertura de armazones 1 vez cada 24 meses consecutivos.**

Cualquier armazón disponible. Se incluyen los armazones para anteojos de sol con receta.	Copago de \$0; monto permitido** de \$130, 20 % de descuento del saldo sobre el monto permitido.	Reembolso de \$90.
--	--	--------------------

**Lentes de plástico estándares**

**Utilice su cobertura de lentes u opción de lentes 1 vez cada 12 meses consecutivos para comprar 1 par de lentes para anteojos O realizar 1 pedido de lentes de contacto.**

Monofocales	Copago de \$25.	Reembolso de \$10.
Bifocales	Copago de \$25.	Reembolso de \$25.
Trifocales	Copago de \$25.	Reembolso de \$55.
Lenticulares	Copago de \$25.	Reembolso de \$55.
Lentes progresivos estándares	Copago de \$90.	Reembolso de \$25.
Lentes progresivos especiales, nivel 1 <sup>2</sup>	Copago de \$110.	Reembolso de \$25.
Lentes progresivos especiales, nivel 2 <sup>2</sup>	Copago de \$120.	Reembolso de \$25.
Lentes progresivos especiales, nivel 3 <sup>2</sup>	Copago de \$135.	Reembolso de \$25.

Lentes progresivos especiales, nivel 4 <sup>2</sup>	Copago de \$90; 80 % del cargo menos el monto permitido de \$120.	Reembolso de \$25.
<b>Opciones de lentes</b>		
Con protección contra rayos ultravioletas	El miembro paga una tarifa reducida de \$15.	Sin cobertura.
Ahumados (parejos o graduales)	El miembro paga una tarifa reducida de \$15.	Sin cobertura.
Con revestimiento plástico estándar resistente al rayado	Copago de \$0.	Reembolso de \$15.
Lentes de policarbonato para adultos	El miembro paga una tarifa reducida de \$40.	Sin cobertura.
Lentes de policarbonato para niños hasta los 19 años	Copago de \$0.	Reembolso de \$35.
Con revestimiento antirreflejo estándar	El miembro paga una tarifa reducida de \$45.	Sin cobertura.
Con revestimiento antirreflejo especial, nivel 1 <sup>2</sup>	Copago de \$57.	Sin cobertura.
Con revestimiento antirreflejo especial, nivel 2 <sup>2</sup>	Copago de \$68.	Sin cobertura.
Con revestimiento antirreflejo especial, nivel 3 <sup>2</sup>	20 % de descuento sobre el precio minorista.	Sin cobertura.
De plástico fotocromáticos o Transitions para adultos	El miembro paga una tarifa reducida de \$75.	Sin cobertura.
De plástico fotocromáticos o Transitions para niños hasta los 19 años	El miembro paga una tarifa reducida de \$75.	Sin cobertura.
Otros agregados	20 % de descuento sobre el precio minorista.	Sin cobertura.
<b>Lentes de contacto</b>		
<b>Utilice su cobertura de lentes de contacto 1 vez cada 12 meses consecutivos para comprar 1 par de lentes para anteojos O realizar 1 pedido de lentes de contacto.</b>		
Convencionales	Copago de \$0; monto permitido** de \$130, 15 % de descuento del saldo sobre el monto permitido.	Reembolso de \$90.
Descartables	Copago de \$0; monto permitido de \$130.	Reembolso de \$104.
Medicamento necesarios	Cobertura total.	Reembolso de \$200.
<b>Descuentos dentro de la red</b>		
<b>Los descuentos no se pueden combinar con ningún otro descuento u oferta promocional, y es posible que no estén disponibles para todas las marcas.</b>		
Pares de anteojos o anteojos de sol con receta adicionales <sup>3</sup>	<b>Hasta un 40 % de descuento.</b>	
Artículos no cubiertos <sup>4</sup>	<b>20 % de descuento.</b>	
Corrección visual con láser LASIK o queratectomía fotorrefractiva (PRK) de <b>U.S. Laser Network</b> <sup>5</sup> solamente. Llame al 1-800-422-6600.	<b>15 % de descuento sobre el precio minorista o 5 % de descuento sobre el precio promocional.</b>	
<b>Descuentos para servicios de audición</b> <sup>6</sup> . Dos formas de ahorrar:	<b>Ahorre en audífonos, exámenes, baterías, reparaciones y mucho más.</b>	
<b>Hearing Care Solutions: 1-866-344-7756</b> <b>Amplifon Hearing Health Care: 1-877-301-0840</b>		

## Lista parcial de exclusiones y limitaciones

Los miembros inscritos pueden obtener acceso a nuestro sitio seguro en Internet para miembros luego de que su plan entre en vigor. Los suscriptores inscritos recibirán un paquete de bienvenida con una tarjeta de identificación que se enviará por correo a su domicilio dentro de los 15 días hábiles luego del procesamiento de la inscripción.

\* Se encuentra disponible cobertura fuera de la red. Para recibir un reembolso de los montos indicados anteriormente, como máximo, se requiere una forma de reclamo con recibos detallados. Los reembolsos no podrán superar el cargo real del proveedor. Para obtener una forma de reclamo, visite [aetnavision.com](http://aetnavision.com) o llame a Servicios al Cliente al 1-877-973-3238, de lunes a domingo. Las formas de reclamo completas pueden enviarse de forma electrónica o por correo postal a Aetna, PO Box 8504 Mason, OH 45040-7111. Asimismo, tiene acceso a proveedores de Allied, como Costco Vision, donde aplicarán sus beneficios fuera de la red en el punto de servicio y se encargarán del proceso de presentación de sus reclamos.

\*\* Los montos permitidos son beneficios que se pueden utilizar solo una vez. No se pueden utilizar saldos restantes. Con el plan no se brinda un beneficio de saldo decreciente.

<sup>1</sup> La colocación de lentes de contacto y las dos visitas de seguimiento están permitidas después de que se haya hecho un examen completo de ojos.

<sup>2</sup> Las designaciones de progresivos especiales y antirreflejo especial de marca están sujetas a la revisión anual y cambian según las condiciones del mercado. Solicítele a su proveedor de cuidado de ojos que le suministre más información. El costo de los lentes progresivos especiales incluye el costo de los bifocales.

<sup>3</sup> El descuento para pares adicionales se aplica a las compras realizadas después de que se hayan agotado los montos permitidos del plan. Los descuentos no equivalen a un seguro.

<sup>4</sup> Es posible que los descuentos para artículos no cubiertos no estén disponibles en todos los estados.

<sup>5</sup> LASIK o PRK de U.S. Laser Network, que pertenece a LCA Vision y es administrada por esta compañía.

<sup>6</sup> Aetna no respalda a ningún prestador, producto o servicio relacionado con estas ofertas de descuentos. Los prestadores son independientes, es decir, no son agentes ni empleados de Aetna. Es posible que algunos programas, productos y servicios no estén disponibles en todo momento. Es posible que algunas ofertas no estén disponibles en algunos estados. Los productos y servicios son proporcionados por Hearing Care Solutions y Amplifon Hearing Health Care (antes HearPO).

Las pólizas y los planes son asegurados o administrados por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Algunos servicios de administración de reclamos son proporcionados por First American Administrators Inc., y algunos servicios de administración de la red son proporcionados por medio de EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed").

No todos los servicios están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones de la cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. A continuación, se incluyen las exclusiones y limitaciones principales del plan. Si necesita una descripción completa, consulte el Folleto-certificado. El plan no cubre procedimientos especiales de la vista, como ortóptica, terapia de la vista o entrenamiento de la vista; servicios y suministros de la vista que no reúnen los parámetros profesionalmente aceptados; lentes no recetados; anteojos de sol no recetados; dos pares de anteojos en lugar de bifocales; tratamiento médico o quirúrgico de los ojos; servicios cosméticos; lentes, armazones, anteojos o lentes de contacto perdidos o rotos.

Los proveedores de la red Aetna Vision se contratan y acreditan por medio de EyeMed Vision Care, LLC, conforme a los requisitos de EyeMed. EyeMed y Aetna son contratistas independientes y no son agentes uno del otro. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso.

Consulte en [Aetna.com](http://Aetna.com) para obtener más información sobre los planes de Aetna®.

En Aetna se cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no se discrimina, excluye ni se trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. En Aetna se brinda ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades y a las personas que necesitan asistencia con el idioma. Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 877-973-3238. Si cree que no le hemos brindado estos servicios o que de alguna otra manera lo hemos discriminado y no hemos cumplido lo antes mencionado, puede presentar una queja formal al coordinador de derechos civiles, a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512. 1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

También puede presentar una queja en el portal correspondiente de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019 u 800-537-7697 (TDD). Asistencia para personas que no hablan inglés y para personas con problemas de audición.

Para obtener asistencia lingüística en español, llame al 877-973-3238. For language assistance in your language call the number in your ID card at no cost.

© 2022 Aetna Inc.

