BENEFICIOS DE VISIÓN

Servicios del Plan	Beneficios
Examen Anual *(12 meses)*	$20 de copago

LENTES DE CONTACTO *(12 meses)*

Convencionales	$130 de asignación
Desechables	$130 de asignación
Médicamente Necesarios	Cubierto en su totalidad

LENTES *(12 meses)*

Visión sencilla, bifocales y trifocales con línea	$20 de copago
Armazones *(24 meses)*	$130 de asignación + 20% de descuento

Cobertura	Costo Cada Dos Semanas
Solo Miembro del Equipo	$2.68
Miembro del Equipo + Cónyuge	$4.28
Miembro del Equipo + Hijo(s)	$4.37
Miembro del Equipo + Familia	$7.05