



Aetna VisionSM Preferred
www.aetnavision.com

Resumen de beneficios para Aldine ISD

Fecha de entrada en vigor: 1.º de enero de 2022
 Identificación externa del plan: 1029866101 Line Value: 451
 Frecuencia: 12/12/12
 Plan mejorado

Dentro de la red

Fuera de la red*

Examen

Red Aetna Vision

Utilice su cobertura de examen 1 vez por año calendario.

Examen completo de ojos o de rutina	Copago de \$10.	Reembolso de \$40.
Colocación y control de lentes de contacto estándares	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 al por menor.	Sin cobertura.

Opciones de lentes para anteojos

Utilice su cobertura de lentes 1 vez por año calendario para comprar 1 par de lentes para anteojos O realizar 1 pedido de lentes de contacto.

Lentes monofocales de plástico estándares	Copago de \$15.	Reembolso de \$40.
Lentes bifocales de plástico estándares	Copago de \$15.	Reembolso de \$60.
Lentes trifocales de plástico estándares	Copago de \$15.	Reembolso de \$80.
Lentes lenticulares de plástico estándares	Copago de \$15.	Reembolso de \$80.
Lentes progresivos estándares	Copago de \$75.	Reembolso de \$60.
Lentes progresivos especiales ¹ (El miembro paga el copago para lentes bifocales más el monto del nivel según la marca).	Nivel 1: copago de \$80. Nivel 2: copago de \$90. Nivel 3: copago de \$105.	Reembolso de \$60.
Otros lentes progresivos especiales	20 % de descuento sobre el precio al por menor menos el monto permitido del plan de \$120 más el copago de \$75 = desembolso del miembro.	Reembolso de \$60.
Con protección contra rayos ultravioletas	El miembro paga una tarifa reducida de \$15.	Sin cobertura.
Ahumados (parejos y graduales)	El miembro paga una tarifa reducida de \$15.	Sin cobertura.
Con revestimiento plástico estándar resistente al rayado	Copago de \$0.	Reembolso de \$8.
Lentes de policarbonato estándares para adultos	El miembro paga una tarifa reducida de \$40.	Sin cobertura.
Lentes de policarbonato estándares para niños hasta los 19 años	El miembro paga una tarifa reducida de \$40.	Sin cobertura.
Con revestimiento antirreflejo estándar	El miembro paga una tarifa reducida de \$45.	Sin cobertura.
Revestimiento antirreflejo especial ¹ (Monto del nivel según la marca).	Nivel 1: copago de \$57. Nivel 2: copago de \$68. Nivel 3: 20 % de descuento sobre el precio al por menor.	Sin cobertura.
De plástico fotocromáticos o Transitions	El miembro paga una tarifa reducida de \$75.	Sin cobertura.
Polarizados y otros complementos para lentes	El miembro paga el 80 % del precio al por menor.	Sin cobertura.

Lentes de contacto

Utilice su cobertura de lentes de contacto 1 vez por año calendario para comprar 1 par de lentes para anteojos O realizar 1 pedido de lentes de contacto.

Lentes de contacto convencionales	Monto permitido de \$125** más 15 % de descuento del saldo sobre el monto permitido.	Reembolso de \$125.
Lentes de contacto descartables	Monto permitido de \$125.	Reembolso de \$125.
Lentes de contacto médicamente necesarios	Copago de \$0.	Reembolso de \$210.

Armazones

Utilice su cobertura de armazones 1 vez por año calendario.

Cualquier armazón disponible. Se incluyen los armazones para anteojos de sol con receta.	Monto permitido de \$150** más 20 % de descuento del saldo sobre el monto permitido.	Reembolso de \$75.
--	---	--------------------

Ley de Cuidado de Salud Asequible (tarifas y evaluaciones)

Esta cotización de tarifa incluye, según corresponda, una asignación proporcional estimada del gasto asociado con la tarifa del proveedor del seguro médico según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). La tarifa se aplica en 2018 y 2020, pero se ha suspendido en 2019. Aetna se reserva el derecho a modificar estas tarifas, o a recuperarlas, conforme a futuras pautas regulatorias, una aprobación regulatoria estatal posterior, o si los cálculos resultan sustancialmente insuficientes.

Comisiones

Nuestras tarifas incluyen comisiones del 10 %.

Garantía de tarifas

Las tarifas cotizadas están garantizadas por los primeros 48 meses del período de la póliza y son válidas a partir de la fecha de entrada en vigor del plan.

Contribuciones y participación del cliente o empleado

No se requiere un nivel mínimo de participación para el primer año. A partir de la primera renovación se requerirá un nivel mínimo de participación del 25 % de las personas que cumplen con los requisitos.

Descuentos dentro de la red

Los descuentos no se pueden combinar con ningún otro descuento u oferta promocional, y es posible que no estén disponibles para todas las marcas.

Pares de anteojos o anteojos de sol con receta adicionales ²	Hasta un 40 % de descuento.
Artículos para la vista no cubiertos ³	20 % de descuento.
Corrección visual con láser LASIK o queratectomía fotorrefractiva (PRK) de U.S. Laser Network ⁴ solamente. Llame al 1-800-422-6600.	15 % de descuento sobre el precio al por menor o 5 % de descuento sobre el precio promocional.
Imágenes retinianas ⁵	El miembro paga una tarifa reducida de hasta \$39.
Descuentos para servicios de audición ⁶ : dos formas de ahorrar	Ahorre en audífonos, exámenes, baterías, reparaciones y mucho más.

Hearing Care Solutions: 1-866-344-7756

Amplifon Hearing Health Care: 1-877-301-0840

Lista parcial de exclusiones y limitaciones

Las exclusiones y limitaciones de la cobertura de la vista incluyen las siguientes: cualquier cargo que supere los límites de beneficios, montos en dólares o suministros mencionados anteriormente; procedimientos especiales para la vista, como ortóptica, terapia para la vista o entrenamiento de la vista; servicios y suministros para 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. Es posible que también se apliquen otras exclusiones y limitaciones.

* Usted puede decidir recibir cuidado fuera de la red. Simplemente, pague por adelantado los servicios y luego envíe una forma de reclamo para recibir un monto que no será superior a los montos de reembolso fuera de la red antes mencionados. Los reembolsos no podrán superar el cargo real del proveedor. Para obtener una forma de reclamo, visite www.aetnavision.com o llame a Servicios al Cliente al 877-973-3238, de lunes a domingo. Envíe la forma de reclamo completa, junto con los recibos correspondientes, a la siguiente dirección: Aetna, P.O. Box 8504 Mason, OH 45040-7111.

** 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.

¹ 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.

² El descuento en pares adicionales se aplica a las compras realizadas después de que se hayan agotado los montos permitidos del plan.

³ Es posible que los descuentos para artículos no cubiertos no estén disponibles en todos los estados.

⁴ LASIK o PRK de U.S. Laser Network, que pertenece a LCA Vision y es administrada por esta compañía.

⁵ Las imágenes retinianas están disponibles en centros participantes. Comuníquese con su proveedor de cuidado de ojos para verificar la disponibilidad.

⁶ 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).

Los proveedores participantes de la red Aetna Vision se contratan por medio de EyeMed Vision Care, LLC. EyeMed y Aetna son contratistas independientes y no son empleados ni agentes uno del otro. Los proveedores de servicios para la vista participantes están acreditados y sujetos a los requisitos de acreditación de EyeMed. En Aetna no se brindan servicios de cuidado médico, para la vista o tratamiento, y no se asume responsabilidad por ningún resultado. En Aetna no se garantiza el acceso a los servicios de cuidado de la vista ni el acceso a proveedores de cuidado de la vista específicos. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios sin previo aviso.

Los planes de seguro para la vista están asegurados por Aetna Life Insurance Company ("Aetna"). Algunos servicios de administración de reclamos son proporcionados a través de First American Administrators Inc., y algunos servicios de administración de la red son proporcionados por medio de EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed").

Esta cotización se basa en un contrato que se rige por las leyes de Texas. Pueden aplicarse requisitos estatales extraterritoriales a los miembros que residen en estados específicos. Si su plan tiene cobertura para miembros de otros estados, los impactos en su plan de beneficios y los ajustes de tarifas (si los hay) serán evaluados y usted será informado en el punto de venta.

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.

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.

INDEPENDENT
PROVIDER
NETWORK



LENSCRAFTERS

PEARLE
VISION

OPTICAL