

Red de Superior Vision Descripción resumida del plan

Con su Plan de Organización de Proveedores Preferidos para la Atención de la Visión de Superior Vision, usted puede:

- Atenderse con cualquier proveedor autorizado de Superior Vision y recibir cobertura. Solo recuerde que sus beneficios rinden más cuando permanece dentro de la red.
- Elegir de una gran red de oftalmólogos, optometristas y ópticos, desde consultorios privados hasta tiendas como Warby Parker, Costco® Optical, Walmart®, Sam's Club®, Visionworks® y Target Optical®.

Servicios de valor añadido dentro de la red:

Ahorros adicionales en mejoras de lentes:⁵ Promedio de ahorro del 20-25 % en tiendas en todas las mejoras de lentes que no estén cubiertas de otro modo según el programa de seguro de Superior Vision.

Ahorros adicionales en anteojos y anteojos de sol:⁵ Los miembros pueden recibir un descuento del 50 % en pares adicionales completos de anteojos y anteojos de sol en Visionworks o un 30 % de descuento en otros proveedores participantes en la misma transacción. De lo contrario, puede haber un descuento del 20 % en la tarifa habitual y acostumbrada del proveedor.

Ahorros adicionales en monturas:⁵ 20 % de descuento en cualquier cantidad sobre su asignación para monturas.

Ahorros adicionales en lentes de contacto:⁵ 15 % de descuento en cualquier cantidad sobre su asignación para lentes de contacto. Descuento del 15 % en lentes de contacto adicionales que superen su cantidad cubierta.

Corrección de la visión con láser:⁵ Se ofrecen ahorros del 40 %-50 % en el precio promedio nacional de LASIK tradicional en más de 1,000 centros de toda nuestra red nacional de proveedores de corrección de la visión con láser.

Beneficios dentro de la red

No necesita presentar un reclamo cuando consulta a un proveedor de Superior Vision dentro de la red. Simplemente haga su copago o pague la cantidad de bolsillo para miembros (MOOP) y, si corresponde, pague cualquier cantidad que supere su asignación para montura/lentes de contacto en el momento del servicio.

Examen de la vista

Frecuencia
Una vez cada **12 meses**

- Examen de la salud de los ojos, dilatación, recetas y refracción para anteojos: Está totalmente cubierto después de un copago de **\$10**.
- Imágenes de diagnóstico de la retina: Copago de hasta **\$39** en exámenes rutinarios de la retina cuando se hagan en un consultorio privado.

Montura

Una vez cada **24 meses**

- Asignación: **\$130** después de un copago de **\$25** para anteojos y lentes¹.
- Asignación adicional de USD 25 en proveedores seleccionados. Visite metlife.com/mybenefits para buscar los proveedores participantes. Busque el ícono del signo dólar (\$).

Lentes correctivas estándar

Una vez cada **12 meses**

- Monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria, lenticulares: Está totalmente cubierto después de un copago de **\$25** para anteojos¹.

Mejoras estándar para lentes²

Una vez cada **12 meses**

- Policarbonato estándar (niños hasta los 18 años)³ Está totalmente cubierto después de un copago de **\$25** para anteojos¹.
- Lentes progresivas estándar, lentes progresivas premium/personalizadas, lentes estándar de policarbonato (para adultos), revestimiento UV, revestimientos resistentes a los rasguños, tintes uniformes o degradados, lentes antirreflectantes, lentes fotocromáticas, filtro de luz azul, lentes monofocales digitales, lentes polarizadas, lentes de alto índice (1.67/1.74): Su costo se limitará a la cantidad de bolsillo para miembros (MOOP) que MetLife haya negociado para usted. Después de inscribirse, puede consultar estas cantidades en www.metlife.com/mybenefits.

¹ Se aplica un copago por materiales a lentes y monturas únicamente, no a lentes de contacto.

² La lista de arriba destaca algunas de las mejoras más populares para lentes y no es una lista completa.

³ Las lentes de policarbonato están cubiertas para hijos dependientes, pacientes con un solo ojo y pacientes con recetas de +/- 6.00 dioptrías o más.

Otros servicios dentro de la red - Continuación:

Descuentos para audición: ⁵ Una red nacional de audición de profesionales de atención de la audición, que incluye la red Your Hearing Network, ofrece a los miembros de Superior Vision descuentos en servicios, audífonos y accesorios. Estos descuentos deben verificarse antes del servicio.

Lentes de contacto (en lugar de anteojos)⁴

Una vez cada **12** meses

Ajuste y evaluación para lentes de contacto:

- Ajuste estándar; está totalmente cubierto después de un copago de **\$25**.
- Ajuste especial: Asignación de \$50 después de un copago de **\$25**.
- Lentes opcionales: asignación de **\$130**.
- Lentes necesarios: Está totalmente cubierto.
- Lentes de contacto convencionales: Usted recibirá otro ahorro del **20 %** sobre la cantidad que pague por encima de su asignación.
- Lentes de contacto desechables: Usted recibirá otro ahorro del **10 %** sobre la cantidad que pague por encima de su asignación.³

Estamos aquí para ayudarlo

Busque un proveedor de Superior Vision en www.metlife.com/vision y haga clic en "Superior Vision by MetLife".

Si tiene preguntas generales, visite www.metlife.com/mybenefits.

o llame al 1-833-EYE-LIFE (1-833-393-5433).

⁴ No todos los proveedores participan en descuentos del programa de la visión, incluyendo las cantidades de bolsillo para miembros. Llame a su proveedor antes de programar una cita para confirmar si en ese centro se ofrecen los descuentos y las cantidades de bolsillo para miembros. Los descuentos y las cantidades de bolsillo para miembros no son un seguro y están sujetos a cambios sin previo aviso. Se aplica un copago por materiales a lentes y monturas únicamente, no a lentes de contacto.

⁵ Es posible que estas ventajas no se ofrezcan en todos los estados ni con todos los proveedores de visión de la red. Los descuentos no están disponibles en Walmart ni en Sam's Club. Consulte a su proveedor de visión de la red.

Reembolso fuera de la red

Usted paga los servicios y luego presenta un reclamo de reembolso. Se aplican las mismas frecuencias que para los **beneficios dentro de la red**. Una vez inscrito, visite www.metlife.com/mybenefits para obtener información detallada sobre los beneficios fuera de la red.

• Asignación para materiales después de un copago de \$0	• Lentes monofocales: hasta \$30	• Lentes progresivas: hasta \$50
• Examen de la vista: hasta \$45 después de un copago de \$0	• Lentes bifocales con línea divisoria: hasta \$50	
• Monturas: hasta \$70	• Lentes trifocales con línea divisoria: hasta \$65	
• Lentes de contacto:	• Lentes lenticulares: hasta \$100	
• Opcionales hasta \$105		
• Necesarios hasta \$210		

Limitaciones y exclusiones de beneficios

Este plan no cubre los siguientes servicios, materiales ni tratamientos:

Servicios, anteojos y lentes

- Servicios o materiales no incluidos específicamente en el resumen de beneficios del plan de la visión (Lista de beneficios).
- Cualquier parte de un cargo que supere el máximo permitido de beneficios o el reembolso mencionados en la Lista de beneficios.
- Cualquier examen de la vista, o anteojos y lentes correctivos que se necesiten como una condición de empleo
- Servicios y suministros que usted o su dependiente hayan recibido antes de que el seguro de la visión entrara en vigor.
- Citas a las que no vaya.
- Servicios o materiales necesarios a causa de la ocupación habitual remunerada o productiva de una persona con cobertura, o que se hagan necesarios durante dicha ocupación, por los que la persona con cobertura tenga derecho a beneficios según cualquier ley de compensación de trabajadores, ley de responsabilidad del empleador o leyes similares. Usted debe presentar un reclamo rápidamente e informar a la Compañía de todos estos beneficios.
- Impuestos locales, estatales o federales, excepto cuando la ley exija que MetLife los pague.
- Servicios o materiales recibidos como resultado de una enfermedad, una lesión o un defecto debidos a una guerra o a un acto de guerra (declarados o no), a haber participado en un disturbio o en una insurrección, o a haber cometido o intentado cometer un delito grave.

- Servicios y materiales obtenidos mientras esté fuera de los Estados Unidos, a excepción de la atención de emergencia para la visión.
- Servicios, procedimientos o materiales por los que no se habría cobrado un cargo si no se hubiese tenido seguro.
- Servicios: (a) para los que 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, el sindicato de trabajadores, la asociación de beneficios mutuos o un hospital del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).
- Servicios o beneficios por dichos servicios, si se ofrecen mediante un Plan del Gobierno. Esta exclusión se aplicará aunque la persona que reciba los servicios esté inscrita o no en el Plan del Gobierno. No excluirémos el pago de los beneficios para dichos servicios si el Plan del Gobierno requiere que se pague primero el seguro de visión de la póliza colectiva. "Plan del Gobierno" significa cualquier plan, programa o cobertura que se establezca según las leyes o las normas de cualquier gobierno. El término no incluye ningún plan, programa ni cobertura que proporcionen un gobierno como empleador ni Medicare.
- Lentes Plano (lentes con corrección refractiva de ± 0.50 dioptrías o menos).
- Dos pares de anteojos, en lugar de bifocales.
- Lentes, monturas o lentes de contacto de reemplazo, proporcionados según el plan cuando los pierda, se los roben o se dañen, excepto en los intervalos normales cuando los Beneficios del plan están disponibles de otra manera.
- Pólizas de seguro y acuerdos de servicio para lentes de contacto.
- Nuevo ajuste de lentes de contacto después del período de ajuste inicial (90 días).

- Modificación, pulido y limpieza de lentes de contacto.

Tratamientos

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

Medicamentos

- Medicamentos con y sin receta

Importante: Si usted o un familiar tienen cobertura con más de un plan de atención médica, es posible que no puedan obtener beneficios de ambos planes. Cada plan le puede exigir que siga sus reglas o que use médicos y hospitales específicos, y es posible que no pueda cumplir las reglas de los dos planes a la vez. Antes de inscribirse en este plan, lea todas las reglas con mucho cuidado y compárelas con las reglas de cualquier otro plan que les dé cobertura a usted o a su familia.

Los ahorros derivados de inscribirse en un plan MetLife Vision dependerán de distintos factores, incluyendo las primas del plan, la cantidad de visitas que su familia haga al año a un profesional de atención de la visión, y el costo de los servicios y de los materiales recibidos. Asegúrese de revisar la Lista de beneficios para conocer los beneficios específicos de su plan y otra información importante.

Los beneficios de MetLife Vision están garantizados por Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY. Algunos reclamos y servicios de administración de la red se prestan por medio de Superior Vision, Inc. ("Superior Vision"), una empresa de Nueva York. Superior Vision es parte de la familia de compañías MetLife.

Igual que 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 términos para que mantenerlos en vigencia. Comuníquese con MetLife o con el administrador de su plan para saber los costos y obtener más información.