

## Wells Enterprises, Inc.

## RESUMEN DE BENEFICIOS Y SERVICIOS CUBIERTOS

## PLAN MEJORADO \$25 DE COPAGO - Insight Network

<b>Frecuencia de prestación de beneficios</b> Lentes de contacto o examen de lentes Montura	Una vez por año calendario. Una vez por año calendario. Una vez cada dos años calendario.	
<b>Servicios de cuidado de la vista</b>		<b>Reembolso fuera de la red</b>
<b>Examen</b>		
Examen	\$10 de copago	Hasta \$35
Dilatación	\$0	N/A
Examen de refracción ocular	\$0	N/A
<b>Lentes</b>		
Monofocales	\$25 de copago	Hasta \$25
Bifocales	\$25 de copago	Hasta \$40
Trifocales	\$25 de copago	Hasta \$55
Lentes progresivos estándar	\$90 de copago	Hasta \$40
Lentes progresivos premium	Progresivos premium:	Hasta \$40
Nivel 1	\$110	
Nivel 2	\$120	
Nivel 3	\$135	
Nivel 4	80% del cargo menos \$120, más \$90 de copago	
Lenticulares	\$25 de copago	Hasta \$55
Otro tipo de lentes	80% del cargo	N/A
<b>Montura</b>		
Montura	80% del saldo mayor a \$150	Hasta \$75
<b>Opciones de lentes</b>		
Policarbonato estándar	\$40 de copago	N/A
Plástico estándar con recubrimiento contra rayones	\$15 de copago	N/A
Tinte	\$15 de copago	N/A
Tratamiento ultravioleta	\$15 de copago	N/A
Recubrimiento antireflectante (a/r) estándar	\$45 de copago	N/A
Recubrimiento antireflectante (a/r) premium	Recubrimiento antireflectante premium:	N/A
Nivel 1	\$57	N/A
Nivel 2	\$68	N/A
Nivel 3	80% del precio de farmacia	N/A
Fotocromáticos/ Transitions	\$75	N/A
Otras opciones de lentes	80% del cargo	N/A
<b>Lentes de contacto</b>		
Lentes de contacto Convencionales	85% del saldo mayor a \$150	Hasta \$120
Lentes de contacto Desechables	Saldo mayor a \$150	Hasta \$120
Ajuste y examen de seguimiento estándar	\$40	N/A
Ajuste y examen de seguimiento premium	% de descuento sobre el precio de farmacia	N/A
Lentes de contacto médicamente necesarios	\$0	Hasta \$200
<b>Artículos no programados</b>		
Materiales varios del médico	80% del cargo	N/A
<b>One &amp; Sun</b>		
	Para miembros elegibles, 0% del beneficio ganado	N/A
<b>Corrección de la vista con PRK o LASIK</b>		
	85% del precio de farmacia o 95% del precio promocional	N/A

Tarifas semanales con fecha de entrada en vigor el 1 de enero de 2021

SOLTERO - \$1.64 Empleado/Cónyuge - \$2.42 Empleado/Hijos - \$2.44

FAMILIAR - \$3.62

**Descuentos adicionales:** El miembro recibirá un descuento del 20% en artículos no cubiertos por el plan con proveedores de la red, que no podrá combinarse con ningún otro descuento ni oferta promocional. El descuento no se aplica a los servicios profesionales de proveedores de EyeMed ni a las lentes de contacto. Los miembros también recibirán un 15% de descuento sobre el precio de farmacia o un 5% de descuento sobre el precio promocional para los procedimientos LASIK o PRK de US Laser Network, propiedad de y operado por LCA Vision. Después de la primera compra, se pueden obtener lentes de contacto de reemplazo por Internet con descuentos importantes, que se enviarán por correo directamente al miembro. Puede encontrar la información en [www.eyemedvisioncare.com](http://www.eyemedvisioncare.com). La asignación del beneficio de lentes de contacto no se aplica a este servicio.

**Exclusiones del plan:** Entrenamiento ortóptico o de la vista, ayudas para la baja visión y cualquier prueba complementaria asociada; lentes anisocónicas; 2) Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, ojos o estructuras de soporte; 3) Cualquier examen ocular o de la vista, o cualquier anteojo correctivo requerido por un empleador como condición de empleo; protección visual; 4) Servicios prestados como resultado de cualquier ley de compensación para trabajadores o legislación similar, o requeridos por cualquier agencia o programa gubernamental, ya sea federal, estatal o subdivisiones de estos; 5) Lentes planos (sin receta) o lentes de contacto; 6) Gafas de sol sin receta; 7) Dos pares de anteojos en lugar de bifocales; 8) Servicios o materiales que da cualquier otro plan de beneficios grupales que preste atención oftalmológica; 9) Servicios prestados después de la fecha en que un miembro deja de estar cubierto por el Certificado de beneficios, excepto cuando se entregan los Materiales para la vista pedidos antes de que finalice la cobertura, y los servicios prestados al miembro se hacen en un plazo de 31 días después de la fecha de dicho pedido. 10) Los lentes, monturas, anteojos y lentes de contacto rotos o perdidos no se reemplazarán, excepto en la siguiente Frecuencia de beneficios cuando los materiales para la vista estén disponibles. 11) Las asignaciones de beneficios no dejan saldos restantes para usarlos en el futuro dentro de la misma Frecuencia de beneficios. Ciertos materiales para la vista de marca en los que el fabricante impone una práctica sin descuento.

**DeltaVision** está cubierto por Veratrus Benefit Solutions, Inc., una subsidiaria de propiedad total de Delta Dental of Iowa, que usa la red EyeMed Vision Care Insight. La información en esta página es un resumen de sus beneficios y de sus obligaciones de pago. Para obtener información detallada de los beneficios específicos y sus limitaciones, lea las secciones INFORMACIÓN IMPORTANTE y BENEFICIOS de su Certificado.