

ASISTENCIA DE IDIOMAS

Si requiere asistencia de idiomas en cualquier momento incluyendo durante el proceso de su examinación de los ojos o durante la discusión de la diagnóstico después de su examinación de los ojos por favor llame al "Plan" 1-800-400-4VPA. La asistencia de idiomas es GRATIS para todos los miembros de Vision Plan of America.

BENEFICIO AL ACCESO DE LASIK

Si usted necesita corrección visual y ha contemplado la posibilidad de obtener o a través de cirugía LASIK, le conviene tomar ventaja de la red de oftalmólogos de Quallsight. Quallsight le ofrece las siguientes ventajas:

Ahorros - Experiencia - Conveniencia - Financiamiento

Para tener acceso al plan por favor llame: 877-507-4448 de 7am-9pm Lunes a Viernes y de 10am -5pm Sábados.
www.Quallsight.com/vpa

El programa de Quallsight no es un beneficio de los asegurados. Vision Plan of America hace el acceso al programa de Quallsight disponible para sus miembros para el plan preferido para la cirugía de LASIK. VPA no hace ninguna recomendación en específico para o contra el plan. Todas las representaciones son las de Quallsight.

DETALLES ADICIONALES

- No Hay Deductibles
- **Use el plan cuantas veces desea**
- Condiciones pre-existentes son bienvenidas
- Beneficios de lentes de contacto
- Incripción garantizada

BENEFICIOS PRINCIPALES Y COBERTURA

Examen de Vista: Un examen de diagnóstico completo que incluye: historial detallado, prueba agudeza visual, una examinación de movilidad ocular y reflejos de la pupila, glaucoma, retinopatía, refracción y prueba de binoculares, examinación interocular, copia de su prescripción, si es necesario. Otros servicios adicionales están a costos reducidos.

Lentes: El programa de Vision Plan of America requiere la más alta calidad de lentes fabricados a niveles exactos para medir nuestras normas. Su optometrista seleccionado igualmente verifica la exactitud de sus lentes.

Marcos: Se aplicará un 25% de descuento hacia cualquier marco de su elección. Su optometrista le ofrecerá una amplia selección de marcos. Todos los beneficios escogidos por el miembro son disponibles cuantas veces lo desea al año a precios reducidos. Todos los miembros de la familia usarán el mismo optometrista.

OTROS CARGOS

El miembro es responsable por los pagos de los servicios escritos en la "DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS Y PAGOS." Servicios que no están en la lista serán cobrados al precio regular del Optometrista. Estos costos se pagarán directamente al Doctor donde usted recibió sus servicios.

OPTOMETRISTAS

Nuestros Doctores están localizados en todas partes en California. Después de que VPA haya recibido su forma de inscripción, le será enviada su tarjeta de membresía a su domicilio con el nombre, dirección y número telefónico de la oficina de su doctor que lo atenderá cerca de su hogar. Nuestras listas de referencias incluyen optometristas especializados que hacen exámenes de vista para dificultades de leer, dislexia, y dificultades binoculares a precios reducidos.

CONTINUACION DE BENEFICIOS

Si usted es descalificado, para seguir recibiendo sus beneficios bajo un plan de grupo, puede convertir su plan en un plan individual al mismo nivel de pago hasta treinta días después de su descalificación y sus beneficios seguirán sin interrupción.

TERMINACION DE BENEFICIOS

1. En la fecha de expiración.
2. En la fecha que entro tiempo completo al servicio militar.
3. Cuando un dependiente llega a la edad de 26 años o antes de casarse.
4. El Plan reserva el derecho, si, después de esfuerzos razonables para establecer y mantener relaciones satisfactorias entre optometrista y paciente/miembro fallen, los derechos de dicho miembro y otros miembros de la familia bajo contrato, serán terminados el último día del mes en el cual el aviso de terminación ocurrió.
5. En el evento que las cuotas o pagos sean delincuentes, servicios y beneficios bajo el Plan serán terminados el último día del mes en el cual la delincuencia ocurrió.
6. Permitir o cometer fraude. En el evento de terminación, el Plan completará todo procedimiento contratado descrito bajo "Beneficios Principales y Cobertura."

EXCLUSIONES PRINCIPALES Y LIMITACIONES

1. Servicios recibidos gratuitamente de municipalidades, condados o otras agencias.
2. Servicios que son cubiertos bajo la ley de "Compensación al Trabajador." Esta exclusión no se aplica a recipientes de Medi-Cal.
3. Cirugía o tratamiento médico a los ojos. (exámenes relacionados con dilatación o exámenes extensos)
4. Servicios no serán posibilitados de administrar por salud del paciente.

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS

El "Department of Managed Health Care" de California es responsable de regular los planes de servicio de asistencia médica. Si usted tiene una queja contra su Plan de salud, usted primero debería llamar por teléfono a su Plan al **800-400-4VPA** y usar el proceso de queja del Plan antes deponerse en contacto con el departamento. Utilizando este proceso de queja no prohíbe ninguno de los derechos legales o remedios potenciales que puedan ser disponibles para usted. Si usted necesita asistencia con un problema relacionado con una emergencia, un problema que no se haya resuelto satisfactoriamente con el Plan, o una queja que ha permanecido irresuelta por más de 30 días, usted puede llamar al departamento para recibir asistencia. Usted también podría calificar para la Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted califica para el IMR, el proceso de IMR proveerá una revisión imparcial de decisiones médicas hechas por el Plan de salud relacionado con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para investigaciones y disputas de pagos para emergencia o servicios médicos urgentes. El departamento tiene un número telefónico gratuito **1-888-HMO-2219** y una línea **TDD 1-877-688-9891** para personas con problemas auditivos o de habla. El departamento tiene formas de queja, formas de aplicación para el IMR e instrucciones por **Internet en www.hmoHELP.ca.gov**.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL MIEMBRO

EN EL CASO QUE EL PLAN FALLE EN PAGAR AL OPTOMETRISTA PARTICIPANTE, EL OPTOMETRISTA NO BUSCARÁ AL MIEMBRO PARA EXIGIR PAGO. EL MIEMBRO NO SERÁ RESPONSABLE.

SUMMARIO DE BENEFICIOS

ESTE FOLLETO ES ÚNICAMENTE UN RESUMEN DEL PLAN DE VISION. EL CONTRATO DEL PLAN TENDRÁ QUE SER CONSULTADO PARA DETERMINAR LAS REGLAS, NORMAS Y CONDICIONES EXACTAS. UNA COPIA DE EL CONTRATO ESTÁ DISPONIBLE EN LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LOS PLANES, A SU PETICIÓN.

Vision Plan of America

“un PAR you un REQUESTO”

- Anteojos para Computadora
 - Para El Sol
 - Para Leer
 - Bifocales

**Todos los que quiera en el mismo año de beneficio.
Un a prima baja mensual.**

**No hay Periodos de Espera
No hay Formas que Llenar
No hay Deductibles
Inscripción Garantizada**

www.visionplanofamerica.com

LLAME: (800) 400-4872

Tasas especiales por pago anticipado anual

Individual.....\$72.00 anual
 Miembro + 1.....\$108.00 anual
 Familia.....\$144.00 anual

Su tarifa es una garantia de 2 años. El Plan no debera aumentar la tarifa a un miembro, excepto despues de un periodo de 30 dias a partir y despues de pagados los gastos de envio de correo a la direccion del miembro.

¿Como Recibira sus Cuidados?

Cuando este completo el proceso de inscripcion usted recibira una tarjeta de identificacion personal. Simplemente llame a la oficina que aparesce en su tarjeta de identificacion. Presente su tarjeta de identificacion al tiempo de su cita. No hay formas que llenar.

¿Cuando Comienzan los Beneficios?

Para aquellos que apliquen antes del 20 del mes, sus beneficios comensaran el primer dia del mes siguiente. Para aquellos que apliquen despues del dia 20 del mes, sus beneficios comensaran el primer dia despues del segundo mes.

Descripcion de Beneficios/Co-Pagos

Servicios del Miembro	Miembro Paga	Servicios del Miembro	Miembro Paga
Analisis Preventivo de los ojos	Ningun Cargo	EXTRAS DELLENTE:	
Analisis de Cataratas	Ningun Cargo	El descomunal (Sobre 58mm E.D.)	\$15.00
Examen de Glaucoma (IOP)	Ningun Cargo	Diferentes Tonos (cada uno color, CR-39)	
Reparacion de Marcos	Ningun Cargo	Single Gradient	\$15.00
Ajuste de Marcos	Ningun Cargo	Double Gradient	\$25.00
Tinte #1 (cualquier color)(plastico)	Ningun Cargo	Photoxtra (L/N)	-20% de descuento
Analisis computarizado de la vision	Ningun Cargo	Photoxtra (L/B)	-20% de descuento
(Donde sea Disponible)		Photoxtra (Progresivo)	-20% de descuento
Marcos	-25% de descuento	Fotocromatico	-20% de descuento
Refraccion (Vea Nota #1)	\$36.00	(transisiones, sensores de sol, etc.)	
(Determina la prescripcion de lentes)		Contra Raspaduras (plastico)	\$20.00
LENTES (CR-39) (Vea Nota #2 y #3)		Polycarbonate	\$45.00
Lentes Normales	\$42.00	Thin Lentes (no polycarbonate)	-20% de descuento
Lente Biofocal (Rnd. 22 - FT 25-28)	\$55.00	Capa de Ultra Violeta	\$10.00
Lente Trifocal (FT 7 x 25)	\$79.00	Sin Borde (borde surco o drill mount)	-20% de descuento
Progresivos (Generic)(i.e.-sola, v.i.p., image)	\$139.00	El Prisma	\$4.00 por diopter
Progresivos (Premium)	-20% de descuento	LENSES DE CONTACTO (Vea nota #4)	
Lente Lenticular (S.V.)	\$180.00	Evaluacion para lentes de contacto	-25% de descuento
Lente Lenticular (B.F.)	\$240.00	Lentes Duros (PMMA)	-10% de descuento
		R.G.P.	-20% de descuento
		de contacto de color	-20% de descuento
		Lentes de contacto costumbre (vea nota #5)	-15% de descuento
		(Orthokeratology, CRT)	No se cubre
		Lentes de contacto normal	-15% de descuento
		Multifocales (excepto donde este prohibido por el fabricante)	-20% de descuento

TODOLENTE ESTA VALORADO POR PAR

NINGUN PROCEDIMIENTO OLENTE NO ENLISTADO Y QUE SEA PROPORCIONADO POR EL OPTOMETRISTA ESCOGIDO ESTA DISPONIBLE EN UN HONORARIO PARA LA BAS DEL SERVICIO.

ACCESO DE LASIK (Vea El Dorso)

NOTA #1: La refraccion determina la necesidad de una prescription. \$36.00 deben ser pagados directamente al doctor al tiempo de servicio. Estos beneficios forman parte de y usados en union con su paquete de Seguro Medico Global.
NOTA #2: El costo de lentes puede tener un cargo adicional cuando el poder de lentes excede los ±6.00 D SPH o cuando combinado con debe tener una evaluacion de lente de ±2.00 D CYL.
NOTA #3: Cualquier multifocal agrega +3.25 o mas puede ser cobrado un honorario de laboratorio por el par. SEGS mas grande que 28mm puede ser cobrado un honorario de laboratorio por el par.
NOTA #4: Al comprar lentes de contacto debe recibir la evaluacion de los lentes de contacto ademas de una refraccion.
NOTA #5: Los poderes del lente de contacto sobre ±6.25 D SPH Y/O ±2.0 D CYL se consideran la costumbre, y se cobra extra. Lentes de contacto que son medicamento necesarios pueden ser considerados costumbre y necesita previa autorizacion.



**“un PAR you un REUESTO”
Programa de Vision**

Vision Plan of America
 3255 Wilshire Blvd., Suite 1610
 Los Angeles, California 90010
 (213) 384-2600 • (800) 400-4872

Para Inscribirse: Por favor siga estos “4” pasos...

PASO 1: Complete la forma.

PASO 2: Usted encontrara los codigos de los optometristas en la lista “Participating Provider List” o visite nuestra pagina de Internet www.visionplanofamerica.com. Y escoja un optometrista conveniente cerca de su hogar y escriba el codiga en la forma.

PASO 3: Ofrecemos convenientes planes de pago. Aceptamos el pago con tarjeta de credito/ debito (rellenar la informacion de tarjeta de credito mas adelante) o por cheque (adjuntar un cheque por la cantidad apropiada). **Individual \$72.00, Miembro + 1 dependiente \$108.00, Familia \$144.00.** Una cuota de una vez de \$16.00 de inscripcion esta incluida en el pago anual (esta cuota no es reembolsable). **Individual \$6.00, Miembro + 1 dependiente \$9.00, Familia \$12.00.** Complete la seccion de pago mensual y la informacion de su tarjeta de credito/debito en el formulario, nosotros nos encargamos de lo demas. Confiable y automatico. Una cuota de una vez de \$16.00 de inscripcion sera incluida en el pago mensual (esta cuota no es reembolsable). Si desea pagar con un cheque por favor incluya un cheque con la cuota del primer mes mas la cuota de \$16.00 de inscripcion y la mensualidad sera deducida mensualmente.

PASO 4: Adjuntar el formulario de inscripcion y el pago por la cantidad apropiada. Haga el cheque pagadero a: **VISION PLAN OF AMERICA**, o use su tarjeta de credito, y envielo a: **VISION PLAN OF AMERICA, 3255 Wilshire Boulevard, Suite 1610, Los Angeles, California 90010.**

FILL OUT, DETACH AND RETURN

Nombre _____	Apellido _____	Nombre _____	Inicial _____				
Direccion _____	Estado _____	Código Postal _____					
Ciudad _____	Fecha de Nacimiento _____						
Teléfono _____							
Numero de Seguro Social _____							
Liste abajo todos sus dependientes elegibles que usted desea cubiertos.							
Conyuge _____		Fecha de Nacimiento _____					
Nino #1 _____		Fecha de Nacimiento _____					
Nino #2 _____		Fecha de Nacimiento _____					
Nino #3 _____		Fecha de Nacimiento _____					
Código de Optometrista <input type="text"/> IMPORANTE							
Nombre de Agente _____							
<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							
Firma _____ Fecha de Hoy/ _____							
*****Por Favor aseguresse de firmar la Aplicacion*****							
INFORMACION DE INSCRIPCION							
Toda la informacion de inscripcion recibidas antes del 20 del mes se hara efectiva el 1 del mes siguiente.							

** Pago anual con tarjeta de credito - vea la informacion de tarjeta de credito que sigue.
 * Pago anual por cheque - pagable a nombre de: **Vision Plan of America**
DESEO PAGAR MI SUBSCRIPCION ANUAL
 Individual \$72.00 Miembro + 1 Dependiente \$108.00 Familia \$144.00
 Esta Cuota incluye una cuota de \$16.00 que no es reembolsable.
DESEO PAGAR MI SUBSCRIPCION MENSUALMENTE
 Individual \$6.00 Miembro + 1 Dependiente \$9.00 Familia \$12.00
Incluya una cuota de \$16.00 que no es reembolsable.

Deseo inscribime en el programa de Vision Plan of America. Al firmar estoy de acuerdo en que ESTE COBTRATO ES POR UN MINIMO DE 12 MESES a partir de la fecha de vigencia y se renueva cada 12 meses. Entiendo que se otrocaran los servicios necesarios como se describe en la "Evidencia de Cobertura". Por la presente yo autorizo a **Vision Plan of America** o sus representantes para hacer el cargo a mi tarjeta de credito o cuenta de cheques cada mes por la cuota aplicable Vista para que se acredite a mi cuenta con Vision Plan of America. Esta autorizacion debe permanecer en plena vigencia y efecto hasta que yo notifique a Vision Plan of America por escrito de mi decision de terminacion, treinta (30) dias despues de que terminen los beneficios vista. Si se utilizan los beneficios el contrato permanecera en plena vigencia y efecto hasta el final del termino. Esta poliza se puede cancelar en un plazo de tres dias despues de la solicitud, con aviso por escrito a Vision Plan of America.

Visa Mastercard Discover AmEx

Fecha de Vencimiento _____

Numero de Tarjeta de Credito _____