



Harvard Pilgrim
Health Care

a Point32Health company



Descripción general del producto Vision

Ve mejor con Point32Health Vision

- Cobertura total para exámenes de la vista, lentes y armazones para adultos y niños¹
- Armazones, lentes o lentillas según tus necesidades²
- Subsidio para armazones/lentes Y lentillas en el mismo año de beneficios
- Ahorros exclusivos para los miembros, incluyendo ahorros en la corrección láser de la visión con la cirugía LASIK
- 40 % de descuento en un armazón o lentillas con receta
- 20 % de descuento adicional en saldos restantes para armazones
- 20 % de descuento en artículos no cubiertos
- Descuento en audífonos para sordera Amplifon
- Cobertura y apoyo para reemplazos en viajes internacionales³
- Acceso a una amplia gama de minoristas, incluyendo opciones en línea para mayor comodidad y conveniencia

Cuenta del miembro segura

Para administrar tus beneficios, controlar el estado de reclamaciones, encontrar proveedores y obtener tu tarjeta de identificación, visita

point32health.org/vision-login.

Proveedores participantes

Para encontrar un proveedor cerca de ti, visita

point32health.org/find-an-eye-doctor.

Servicios y apoyo para miembros

Estamos disponibles para ayudarte.

Llama al **844-949-2173**

De lunes a sábados, de 8 a.m. a 11 p.m.,
horario del este

Domingos de 11 a.m. a 8 p.m.,
horario del este



Harvard Pilgrim Health Care incluye a Harvard Pilgrim Health Care, Harvard Pilgrim Health Care of New England y HPHC Insurance Company, Inc. Point32Health Vision está suscrito por HPHC Insurance Company Inc. | ¹ Basado en diseños de planes seleccionados; puede haber limitaciones y exclusiones. | ² Se ofrecen al menos 100 estilos de armazones según la selección y el inventario del minorista. | ³ Consulta los documentos del plan para obtener todos los detalles.

P1359911040-1124



Harvard Pilgrim
Health Care

a Point32Health company



Programa SmartStart

Haz que tu cambio a Point32Health Vision sea más fácil que nunca.



Nuevo plan. Nuevos beneficios. Respuestas.

- ¿Qué tan pronto recibiré mi tarjeta de identificación?
- ¿Cómo puedo confirmar la cobertura para una próxima cita o examen de la vista?
- ¿Cómo encuentro proveedores de la vista dentro de la red?

SmartStart te guiará a través de la inscripción incluso antes de que tu plan esté activo.

Línea telefónica de preinscripción

Nuestro equipo dedicado responderá tus preguntas sobre los nuevos beneficios y la cobertura, y te brindará el apoyo necesario incluso antes de que tu plan esté activo.

Ponte en contacto con nosotros en

SmartStart@harvardpilgrim.org

o llama al 866-874-0817 para obtener respuestas.

Cuenta de miembro segura en línea

Visita **point32health.org/vision-login** para activar tu cuenta segura y acceder rápidamente a los beneficios y la información de tu plan de la vista.

- Ve tu tarjeta de identificación de miembro.
- Encuentra un proveedor.
- Revisa el estado de tus reclamaciones.
- Accede a servicios de valor agregado.
- Administra las preferencias de tu cuenta y más.

PROGRAMA DE BENEFICIOS

Insight 201 Point32Health Vision – Plan CV0000700004 / 10000004

FRECUENCIA DE BENEFICIOS		
Estudios de la vista		
Examen integral de la vista	Una vez por año calendario	Persona asegurada
Materiales oftalmológicos		
Montura	Una vez cada dos años calendario	Persona asegurada
Lentes y opciones de lentes	Una vez por año calendario	Persona asegurada
Lentes de contacto	Una vez por año calendario	Persona asegurada

<i>BENEFICIO</i>	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red (monto máximo para el reembolso)</i>
	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red
Estudios de la vista A menos que se indique lo contrario, los distintos estudios de la vista se realizan aparte del examen integral de la vista si lo recomienda el proveedor.		
Examen integral de la vista	\$10 de copago	\$57
Estudio de imágenes de la retina	\$39	\$0
Adaptación y seguimiento de lentes de contacto La adaptación y el seguimiento de lentes de contacto está disponible una vez que se haya hecho un examen integral de la vista.		
Estándar	\$40 de copago	\$0
Prima	10 % de descuento	\$0
Medicamento necesario	\$0 de copago	\$0
Materiales oftalmológicos		
Montura	\$130 de prestación	\$74
Lentes de contacto Solo se puede usar uno de los siguientes beneficios para el beneficio de lentes de contacto.		
Convencional	\$130 de prestación	\$74
Descartable	\$130 de prestación	\$74
Medicamento necesario	\$0 de copago	\$210

<i>BENEFICIO</i>	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red (monto máximo para el reembolso)</i>
	Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red
Lentes de plástico estándar		
Monofocales	\$25 de copago	\$47
Bifocales	\$25 de copago	\$79
Trifocales	\$25 de copago	\$113
Lenticulares	\$25 de copago	\$113
Progresivo: estándar	\$90 de copago	\$79
Prima: progresivo		
Nivel 1	\$110 de copago	\$79
Nivel 2	\$120 de copago	\$79
Nivel 3	\$135 de copago	\$79
Nivel 4	\$90 de copago, 20 % de descuento sobre el precio de farmacia	\$79
	\$120 de prestación	
Opciones de lentes		
Protección antirreflejo		
Estándar	\$45 de copago	\$0
Prima		
Nivel 1	\$57 de copago	\$0
Nivel 2	\$68 de copago	\$0
Luz azul	\$15 de copago	\$0
Lentes fotocromáticas que no son de vidrio	\$75 de copago	\$0
Lentes de policarbonato: estándar	\$40 de copago para adultos \$0 de copago para menores de 19 años	\$0 para adultos \$22 de copago para menores de 19 años
Protección contra rayones: plástico estándar	\$0 de copago	\$10
Tinta: estándar	\$15 de copago	\$0
Tratamiento UV	\$15 de copago	\$0



NOTIFICACIÓN SOBRE REQUISITOS DE NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD

Tu plan cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, religión, nacionalidad, género/identidad de género, edad, discapacidad física o mental, dominio limitado del inglés o información genética. Tu plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, origen étnico, religión, nacionalidad, género/identidad de género, edad, discapacidad física o mental, dominio limitado del inglés o información genética.

Para las personas con discapacidades, ponemos a disposición ayudas y servicios gratuitos, como intérpretes de lengua de señas, braille, textos en letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles. Si solicitas información en un formato accesible, no te verás perjudicado por el tiempo adicional necesario para brindarla de esta manera. Esto significa que tendrás tiempo adicional para hacer lo que debas si se retrasa tu solicitud. Para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, ofrecemos servicios de asistencia lingüística a través de intérpretes y otros idiomas escritos.

Si crees que tu plan no te proporcionó estos servicios o te discriminó por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puedes presentar una reclamación, o reclamo, enviando un correo electrónico a eyemedQA@eyemed.com o llamando al 1-866-939-3633.

También puedes presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

O por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas se encuentran en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

SERVICIOS DE TRADUCCIÓN

Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que puedas tener sobre nuestro plan oftalmológico, de salud o de medicamentos. Para contar con un intérprete, solo llama al 1-888-249-5194; para acceder a los servicios de TTY, marca 711. Alguien que habla tu idioma puede ayudarte. Este es un servicio gratuito.

PARA TRADUCCIONES SIN CARGO, LLAMA AL 1-888-249-5194 (TTY: 711).

ARABIC. 711) للتمتع بترجمة مجانية إلى اللغة العربية، الرجاء الاتصال بالرقم 1-888-249-5194 (بالنسبة لمستخدمي الهواتف النصية: 711).

CHINESE 如需免費的繁體中文翻譯服務，請致電1-888-249-5194 (聽障電話：711)。

FRENCH Pour une traduction gratuite en français, appeler le 1-888-249-5194 (TTY : 711).

GERMAN Benötigen Sie eine deutsche Übersetzung, rufen Sie bitte die 1-888-249-5194 (TTY: 711).
Die Übersetzung ist für Sie kostenlos.

GREEK Για δωρεάν μετάφραση στα ελληνικά, τηλεφωνήστε στο 1-888-249-5194 (TTY: 711).

GUJARATI વિના મૂલ્ય ભાષાિતર માટે, કૉલ કરો 1-888-249-5194 ટીટીવાય: 711)

HAITIAN CREOLE Pou w ka jwenn tradiksyon gratis an Kreyòl Ayisyen, rele 1-888-249-5194 (TTY: 711).

HINDI भाषा में निःशुल्क अनुवाद के लिए, 1-888-249-5194 पर कॉल करें। (TTY: 711).

ITALIAN Per servizi di traduzione gratuiti in Italiano, chiamare il 1-888-249-5194 (TTY: 711).

JAPANESE 日本語への無料翻訳をご希望の場合は、1-888-249-5194 までお電話ください (TTY: 711)

KHMER ដើម្បីទទួលបានការបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាខ្មែរ សូមទូរសព្ទទៅ 1-888-249-5194។ (TTY: 711)។

KOREAN 무료 한국어 번역을 원하시면 1-888-249-5194 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오.

LAOTIAN ສໍາລັບ ບການພໍ່ ແລຍຄ່າ ໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາ ໂທ 1-888-249-5194 (TTY: 711).

NAVAJO T'áá ch'íík'eh shá atxa' hodoonih nínízingo, kojí' hodíílnih 1-888-249-5194 (TTY: 711).

PERSIAN برای ترجمه بدون هزینه در فارسی، با 1-888-249-5194 تماس بگیرید (TTY: 711).

POLISH Tłumaczenie bezpłatne w Polski, Tel. 1-888-249-5194 (TTY: 711).

PORTUGUESE Para uma tradução gratuita para português, contacte o número 1-888-249-5194 (TTY: 711).

RUSSIAN За бесплатным переводом на русский язык обращайтесь по номеру телефона 1-888-249-5194 (TTY: 711).

SPANISH Para traducción sin costo en español, llame al 1-888-249-5194 (TTY: 711).

TAGALOG Para sa walang bayad na pagsasalin sa Tagalog, tumawag sa 1-888-249-5194 (TTY: 711).

VIETNAMESE Về dịch vụ phiên dịch tiếng Việt miễn phí, hãy gọi 1-888-249-5194 (TTY: 711).

Servicios y apoyo para miembros

Estamos aquí para ayudar.

Llame al **866-615-4963**

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. EST