



# Descripción general del producto Vision

## Ve mejor con Point32Health Vision

- Cobertura total para exámenes de la vista, lentes y armazones para adultos y niños<sup>1</sup>
- Armazones, lentes o lentillas según tus necesidades<sup>2</sup>
- 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 internacionales<sup>3</sup>
- 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](http://point32health.org/vision-login).

## Proveedores participantes

Para encontrar un proveedor cerca de ti, visita [point32health.org/find-an-eye-doctor](http://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

LENSCRAFTERS®  


PEARLE  
EST. 1961  
VISION™

OPTICAL

EYEMART  
EXPRESS



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 |

| BENEFICIO   | Dentro de la red           | Fuera de la red<br>(monto máximo para el reembolso) |
|---|----------------------------|---|
|   | Proveedor dentro de la red | Proveedor fuera de la red                           |
| <b>Estudios de la vista</b>   |                            |   |
| 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   |
| <b>Adaptación y seguimiento de lentes de contacto</b>   |                            |   |
| 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   |
| Médicamente necesario   | \$0 de copago              | \$0   |
| <b>Materiales oftalmológicos</b>  |                            |   |
| Montura   | \$130 de prestación        | \$74  |
| <b>Lentes de contacto</b>   |                            |   |
| 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  |
| Médicamente necesario   | \$0 de copago              | \$210   |

Formulario NH n.º 2942

Formulario MA n.º 2936

Formulario ME n.º 2948

Formulario RI n.º 2954

| BENEFICIO  | Dentro de la red   | Fuera de la red<br>(monto máximo para el reembolso)        |
|--|--|--|
|  | Proveedor dentro de la red   | Proveedor fuera de la red                                  |
| <b>Lentes de plástico estándar</b>                                 |  |  |
| 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<br>Nivel 1<br>Nivel 2<br>Nivel 3<br>Nivel 4      | \$110 de copago<br>\$120 de copago<br>\$135 de copago<br>\$90 de copago, 20 % de descuento sobre<br>el precio de farmacia<br>\$120 de prestación | \$79<br>\$79<br>\$79<br>\$79                               |
| <b>Opciones de lentes</b>  |  |  |
| Protección antirreflejo<br>Estándar<br>Prima<br>Nivel 1<br>Nivel 2 | \$45 de copago<br><br>\$57 de copago<br>\$68 de copago   | \$0<br><br>\$0<br>\$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<br>\$0 de copago para menores de 19 años   | \$0 para adultos<br>\$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](mailto: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.** للاتصال بترجمة مجانية إلى اللغة العربية، الرجاء التصال 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 ભાષાંતર માટે, કોલ 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** ដើម្បីទទួលបានការបកប្រោះយោងតាតិតាថ្មីជាកាសាខ្មែរ ស្វែនទូរសព្ទទៅ 1-888-249-5194<sup>1</sup> (TTY: 711)<sup>4</sup>

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

**LAOTIAN** ສ້າວ ປກກັນບໍ່ ເລືດຕໍ່ ກິນການແບ່ງສາວາວ, ກະວູ ມາໄທ 1-888-249-5194 (TTY: 711).

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

**PERSIAN** .(TTY: 711) 1-888-249-5194 تماش با گپر پد در فارسی، با هزینه بدون ترجمه برای

**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