

VISION

OUTLINE

Your Planstin Vision plan includes low copays for an eye health exam, and an allowance for frames or contacts. All copays will be waived when you receive services at Costco, Sam's Club, or Walmart.

Vision	
Employee Type	Amt/Month
Employee Only (EE)	\$10
Employee & Spouse (ES)	\$15
Employee & Child (EC)	\$15
Employee & Family (EF)	\$25

COPAYS

Vision Service	Copay
Eye Health Exam	\$10
Contact Evaluation	\$10
Spectacle Lenses Evaluation	\$10
Progressive Lenses	\$10
Anti-Reflective Coating	\$35

Note: More than one copay may be required when you visit your provider. For example, you may have a copay for your eye exam and your lens evaluation. In this case, your copays would add up to \$20.

VISION SERVICES

Your plan will pay up to \$150 annually for all vision services (for example, exams and refractions) per member, per plan year. There is a separate \$150 allowance for equipment (see below).

FRAME, LENSES, & CONTACTS

Your plan will pay up to \$150 annually for frames, lenses, and contacts combined.

REIMBURSEMENT

If your provider is unable to bill the plan, please submit an itemized receipt for reimbursement. You are eligible for reimbursement up to the plan allowances.

NETWORK

You can choose who you would like to work with! Your plan will work with any licensed provider. Reimbursements are available for providers that do not bill the plan.

VISIÓN

ESQUEMA

Su plan de visión incluye copagos bajos para exámenes de visión y una asignación para marcos y lentes de contacto. Serán eximidos todos los copagos cuando reciba servicios en Costco, Sam's Club o Walmart.

COPAGOS

Servicio Visual	Copago
Examen de salud ocular	\$10
Evaluación de los lentes de contactos	\$10
Evaluación de lentes	\$10
Lentes progresivos	\$10
Capa antireflectante	\$35

Nota: Es posible que se requiera más de un copago para una visita. Por ejemplo, es posible que tiene un copago por su examen de la vista y la evaluación de sus lentes. En este caso, sus copagos sumarían hasta \$20.

SERVICIO VISUAL

El plan pagará hasta \$150 por miembro cada año del plan por todos los servicios de la vista (por ejemplo, exámenes y refracciones). Hay una asignación separada de \$150 por equipo (ver más abajo).

MARCOS, LENTES Y LENTES DE CONTACTOS

El plan pagará anualmente hasta \$150 por un total combinado de marcos, lentes y/o lentes de contacto.

REEMBOLSO

Si los servicios se prestan en un club mayorista como Costco Vision Center o Sam's Club, el plan le reembolsará y se descartarán todos los copagos.

LA RED

Trabajaremos con cualquier proveedor autorizado. ¡Usted puede escoger con quién quiera trabajar! También hay reembolsos para proveedores que no cobren al plan.