

STANDARD VISION

Vision	
Employee Type	Amt/Month
Employee Only (EE)	\$12
Employee & Spouse (ES)	\$16
Employee & Child (EC)	\$16
Employee & Family (EF)	\$26



VISION PLAN SUMMARY

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 wholesale clubs.



Vision Service

In-Network

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

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.



PICK YOUR PROVIDER

Your plan will work with any licensed provider. In the event your provider is unable to bill the plan, you may submit an itemized receipt for reimbursement.



Vision Services

Your plan will pay up to **\$150** per member, per plan year for vision services (such as, exams and refractions).

Vision Equipment

Your plan will pay up to **\$150** per member, per plan year for vision equipment (such as, frames, lenses, and contacts).

Allowances are a total amount the plan will spend in each category (vision, or equipment).

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.

Vision	
Employee Type	Amt/Month
Employee Only (EE)	\$12
Employee & Spouse (ES)	\$16
Employee & Child (EC)	\$16
Employee & Family (EF)	\$26

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.