

Plan colectivo Vision Care



EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE REVELACIÓN

Suministrado por:
VISION SERVICE PLAN

3333 Quality Drive, Rancho Cordova, CA 95670
(916) 851-5000 (800) 877-7195

ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE REVELACIÓN PRESENTA LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE COBERTURA. LEA EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y CON ATENCIÓN. LAS PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA DEBEN LEER DETENIDAMENTE LAS SECCIONES QUE SE APLIQUEN EN SU CASO. TODOS LOS SOLICITANTES TIENEN DERECHO A REVISAR LA EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL FORMULARIO DE REVELACIÓN ANTES DE INSCRIBIRSE.

El empleador debe completarlo en el caso de que este documento se use para elaborar un Resumen de la descripción del plan:

NOMBRE DEL EMPLEADOR:

NOMBRE DEL PLAN:

DIRECCIÓN PRINCIPAL:

N.º DE ID. DEL EMPLEADOR:

N.º DE PLAN:

ADMINISTRADOR DEL PLAN:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

AGENTE REGISTRADO PARA SERVICIO DE PROCESO LEGAL, SI ES DIFERENTE AL ADMINISTRADOR DEL PLAN:

DIRECCIÓN:

ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE REVELACIÓN ES SOLO UN RESUMEN DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA COBERTURA. SE DEBE CONSULTAR EL CONTRATO DEL PLAN PARA DETERMINAR LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE COBERTURA APLICABLES.

DEFINICIONES:

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIOS

El documento adjunto a esta Evidencia de cobertura, cuando lo adquiere el Grupo, que menciona los servicios seleccionados de atención de la visión y los materiales relacionados a los que una Persona cubierta tiene derecho según el plan.

ANISOMETROPÍA

Una condición de estado refractivo que no es igual para los dos ojos, en la que un ojo necesita un lente de corrección diferente al otro.

AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS

Autorización de VSP que identifica a la persona nombrada como Persona cubierta de VSP y los Beneficios del plan a los que tiene derecho la Persona cubierta.

COPAGOS

Cualquier cantidad que debe pagar la Persona cubierta, o alguien en su nombre, por los Beneficios del plan que no se cubren totalmente.

PERSONA CUBIERTA

Es el Miembro o el Dependiente elegible que cumple los criterios de elegibilidad de VSP, por el que se han pagado primas a VSP y que está cubierto según este plan.

DEPENDIENTE ELEGIBLE

Cualquier dependiente legal de un Miembro del Grupo que cumple los criterios de elegibilidad establecidos por el Grupo y aprobados por VSP según la Sección VI. ELEGIBILIDAD PARA COBERTURA del documento del Plan colectivo que mantiene el Administrador del grupo en el que está cubierto el Miembro.

CONDICIÓN DE EMERGENCIA

Una condición que empezó repentinamente y que tiene síntomas graves que obligan a la Persona cubierta a recibir atención médica inmediata o un suceso imprevisto que necesita acción no médica inmediata.

MIEMBRO

Un empleado o miembro del Grupo que cumple los criterios de elegibilidad especificados según la Sección VI. ELEGIBILIDAD PARA COBERTURA del documento del Plan colectivo que mantiene el Administrador del grupo.

CARÁCTER EXPERIMENTAL

Procedimiento o lente que no es de uso universal o que no es aceptado por la profesión de atención de la visión, según lo determine VSP.

GRUPO

Un empleador u otra entidad que tiene un contrato de cobertura con VSP según este plan para dar cobertura de atención de la visión a sus Miembros y a sus Dependientes elegibles.

QUERATOCONO	El desarrollo o deformidad distrófica de la córnea en la que toma forma de cono debido al adelgazamiento y estiramiento del tejido del área central.
MÉDICO MIEMBRO	Un optometrista o un oftalmólogo autorizado o calificado para dar atención de la visión o para dar material de atención de la visión con quien VSP tenga un contrato para prestar servicios o dar material de atención de la visión a beneficio de las Personas cubiertas por VSP.
PROVEEDOR NO MIEMBRO	Cualquier optometrista, oculista, oftalmólogo u otro proveedor autorizado y calificado de atención de la visión que tenga contrato con VSP para prestar servicios o dar material de atención de la visión a las Personas cubiertas por VSP.
BENEFICIOS DEL PLAN	Los servicios y el material de atención de la visión a los que tiene derecho una Persona cubierta debido a la cobertura de este plan, según se define en el Programa de beneficios adjunto como Anexo A al documento del Plan colectivo que mantiene el Administrador del grupo.
PRIMAS	Los pagos a VSP por o en nombre de una Persona cubierta para que tenga derecho a los Beneficios del plan, según se indica en el Programa de primas adjunto como Anexo B al documento de Plan colectivo que mantiene el Administrador del Grupo.
FECHA DE RENOVACIÓN	La fecha en que se debe renovar o cancelar este plan si se da el aviso debido.
PROGRAMA DE BENEFICIOS	El documento, adjunto al documento del Plan de colectivo como Anexo A que mantiene el Administrador del Grupo, que incluye los servicios y el material de atención de la visión que tiene derecho a recibir la Persona cubierta debido a este plan.
PROGRAMA DE PRIMAS	El documento, adjunto como Anexo B al Plan colectivo que mantiene el Administrador del grupo, que establece los pagos que se deben hacer a VSP por o en nombre de la Persona cubierta para que tenga derecho a los Beneficios del plan.

ELEGIBILIDAD PARA COBERTURA

Miembros: para ser elegible para la cobertura, una persona tiene que ser actualmente un empleado o miembro del Grupo y cumplir los criterios de cobertura establecidos y acordados mutuamente entre el Grupo y VSP.

Dependientes elegibles: si hay cobertura de dependientes, las personas elegibles para la cobertura como dependientes deben incluir al cónyuge legal de cualquier Miembro y cualquier hijo del Miembro que no haya cumplido la edad límite, según se muestra en el inserto adjunto, incluyendo cualquier hijo biológico desde el momento del nacimiento, un hijo legalmente adoptado a partir de la fecha en que el Miembro lo adoptó u otro niño que sea responsabilidad del Miembro según un tribunal.

Un hijo dependiente y soltero que supere la edad límite, como se muestra en el inserto adjunto, puede seguir siendo elegible como dependiente si no es capaz de tener un empleo para mantenerse debido a una discapacidad mental o física y depende principalmente del Miembro para apoyo y mantenimiento.

INSCRIPCIÓN/CANCELACIÓN ANUAL

Excepto los nuevos Miembros que se inscriban en este plan, los Miembros y Dependientes elegibles tienen derecho a tener cobertura o cancelar la cobertura una vez cada año durante el período de treinta (30) días a partir de sesenta (60) días antes del aniversario de la fecha de vigencia de este plan (o según esté permitido por mutuo acuerdo entre el Grupo y VSP). Cualquier cobertura o cancelación de la cobertura solo puede hacerla el Grupo dando a VSP un aviso por escrito en nombre del Miembro o Dependiente elegible antes del final del período de treinta (30) días indicado y tendrá vigencia en la fecha de aniversario después de recibir dicho aviso.

PRIMAS

El Grupo es responsable de pagar a VSP los cargos periódicos por su cobertura. El Grupo le avisará sobre su parte de los cargos, si corresponde. El Grupo paga el costo total del programa a VSP.

PROCEDIMIENTOS PARA USAR ESTE PLAN

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER ATENCIÓN MÉDICA.

1. Cuando quiera obtener los Beneficios del plan de un Médico miembro, debe comunicarse con un Médico miembro o con VSP. Puede obtener la lista de nombres, direcciones y teléfonos de los Médicos miembros en su área geográfica de su Grupo, el Administrador del Plan o VSP. Si esa lista no cubre el área geográfica donde quiere recibir los servicios, puede llamar o escribir a la oficina de VSP más cercana para obtener una que sí la cubra.
2. Si usted es elegible para Beneficios del plan, VSP dará la Autorización de beneficios directamente al Médico miembro. Si se comunica directamente con el Médico miembro, debe identificarse como miembro de VSP para que el médico pueda obtener la Autorización de beneficios de VSP.
3. Cuando VSP da dicha Autorización de beneficios y se prestan los servicios antes de la fecha de vencimiento de la Autorización de beneficios, esto constituirá un reclamo contra el plan, a pesar de la cancelación de la cobertura o del plan. Si recibe servicios de un Médico miembro sin tal Autorización de beneficios o si obtiene servicios de un Proveedor no miembro, usted será responsable del pago total al proveedor.
4. Usted solo hace el Copago (si corresponde) al Médico miembro por los servicios cubiertos por este plan. VSP pagará directamente al Médico miembro según el acuerdo que tengan. VSP reembolsa a sus Médicos miembros según una tarifa por servicios. No se pagan incentivos ni bonificaciones económicas a los Médicos miembros por los servicios cubiertos según este plan.

Nota: Si usted es elegible para los Beneficios del plan y los obtiene de un Proveedor no miembro, debe pagar al proveedor los honorarios completos. VSP hará el reembolso según el programa de reembolso para Proveedores no miembros que se muestra en el inserto adjunto, menos cualquier Copago que corresponda.

5. En condiciones de emergencia, cuando se necesite atención médica de la visión de inmediato, como por trauma corporal o enfermedad, la Persona cubierta puede obtener los servicios cubiertos comunicándose con un Médico miembro (o Proveedor fuera de la red si el Programa de beneficios adjunto indica que el Plan de la Persona cubierta incluye tal cobertura). No se necesita la aprobación previa de VSP para que la Persona cubierta reciba atención de la visión por condiciones de emergencia de naturaleza médica. Pero los servicios para condiciones médicas, incluyendo emergencias, solo están cubiertos por VSP según Essential Medical Eye Care. Si la cobertura de uno de estos planes no está en el Programa de beneficios adjunto o en un apéndice, la Persona cubierta no tiene cobertura para servicios médicos de VSP y deberá comunicarse con un médico del plan de seguro médico de la Persona cubierta para recibir atención. Para situaciones de emergencia que no sean médicas, como anteojos extraviados, rotos o robados, la Persona cubierta debe comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de VSP para pedir asistencia.

La atención de la visión de emergencia está sujeta a las mismas frecuencias del beneficio, asignaciones del plan, copagos y exclusiones indicadas aquí. El reembolso a los Médicos miembros se hará según el contrato que tengan con VSP.

6. En caso de cancelación de la membresía de un Médico miembro en VSP, VSP será responsable ante el Médico miembro por los servicios que le presten a usted en el momento de la cancelación y permitirá que el Médico miembro continúe dándole los Beneficios del plan hasta terminar o hasta que VSP haga los arreglos razonables y apropiados para que otro Médico miembro le preste dichos servicios.

PROCESO DE AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS

VSP autoriza los Beneficios del plan según la información de elegibilidad más reciente de la Persona cubierta que el Grupo da a VSP y el nivel de cobertura (es decir, frecuencia del servicio, material cubierto, cantidad de reembolso, limitaciones y exclusiones) que haya comprado el Grupo para la Persona cubierta según este Plan. Cuando la Persona cubierta solicite los servicios según este Plan, VSP revisará el uso anterior de los Beneficios del plan de la Persona cubierta para determinar si es elegible para nuevos servicios basándose en el nivel de cobertura del Plan de la Persona cubierta. Consulte el Programa de beneficios adjunto para obtener un resumen del nivel de cobertura que tiene la Persona cubierta por el Grupo.

BENEFICIOS Y COBERTURAS

Por medio de sus Médicos miembros, VSP presta Beneficios del plan a las Personas cubiertas, sujeto a las limitaciones, exclusiones y Copagos descritos en este documento. Cuando quiera obtener los Beneficios del plan de un Médico miembro, debe comunicarse con el Médico miembro de su elección, identificarse como miembro de VSP y programar la cita. Si usted es elegible para Beneficios del plan, VSP le dará la Autorización de beneficios directamente al Médico miembro antes de su cita.

IMPORTANTE: Los beneficios que se describen abajo son los servicios típicos y el material disponible en la mayoría de los planes de VSP. Sin embargo, es posible que los Beneficios reales del plan de su Grupo sean diferentes. Consulte el Programa de beneficios o el formulario de revelación adjunto para determinar los Beneficios del plan específicos.

1. Examen de la visión: el análisis inicial completo de la visión con un examen apropiado de las funciones visuales, incluyendo la receta de anteojos y lentes correctivos, si es necesario. Cada Persona cubierta tiene derecho a un examen de la visión como se indica en el inserto adjunto.
2. Lentes: el Médico miembro ordenará los lentes correctos necesarios para el bienestar de la visión. El médico deberá verificar la precisión de los lentes ya terminados. Cada Persona cubierta tiene derecho a lentes nuevos como se indica en el inserto adjunto.
3. Monturas: el Médico miembro ayudará en la selección de las monturas, la adaptación y el ajuste adecuados de las monturas, y hará los ajustes siguientes a las monturas para mantener la comodidad y eficiencia. Cada Persona cubierta tiene derecho a nuevas monturas como se indica en el inserto adjunto.
4. Lentes de contacto: a menos que se indique lo contrario en el inserto adjunto, hay lentes de contacto disponibles según este Plan en lugar de todos los demás beneficios de lentes y monturas descritos en este documento.

Cuando obtiene lentes de contacto necesarios de un Médico miembro, los honorarios profesionales y el material estarán cubiertos como se indica en el inserto adjunto.

Cuando se obtengan lentes de contacto electivos de un Médico miembro, VSP dará una asignación para el costo de los honorarios profesionales y material. También debe aplicarse el 15 % de descuento en los honorarios profesionales habituales y acostumbrados del Médico miembro para la evaluación y adaptación de los lentes de contacto. El material de los lentes de contacto se da a los costos habituales y acostumbrados del Médico miembro.

5. Si decide recibir los servicios de atención de la visión de un Médico miembro, los Beneficios del plan se prestan sujetos solamente al pago que haga de cualquier Copago aplicable. Si el Plan incluye la cobertura para Proveedores no miembros y decide obtener los Beneficios del plan de otro Proveedor no miembro, usted debe pagar los honorarios completos del Proveedor no miembro. VSP lo reembolsará según el programa de reembolso que se muestra en el inserto adjunto, menos cualquier Copago que corresponda. NO HAY GARANTÍA DE QUE EL PROGRAMA SEA SUFICIENTE PARA PAGAR EL EXAMEN O EL MATERIAL. La disponibilidad de los servicios según el programa de reembolsos para Proveedores no miembros está sujeta a los mismos límites de tiempo y Copagos que los que se describen para los servicios de Médicos miembros. Los servicios obtenidos de un Proveedor no miembro son en lugar de obtenerlos de un Médico miembro y se cuentan para las frecuencias de beneficios del plan.
6. Los Servicios y el material para baja visión (corresponden solo si se incluyeron en los Beneficios del plan que se describen en el inserto adjunto): el beneficio de Baja visión es un recurso de apoyo especial para las personas con pérdida de agudeza visual o del campo visual que no se puede corregir con lentes normales. Si una Persona cubierta está en esa categoría, tiene derecho a recibir servicios profesionales y material oftálmico incluyendo, entre otros, pruebas complementarias, evaluaciones, entrenamiento visual, servicios de recetas para baja visión, además de ayudas ópticas y no ópticas sujeto a las limitaciones de frecuencia y beneficios como se indica en el inserto adjunto. Consulte con su Médico miembro para obtener más información.

COPAGO

Los beneficios descritos en este documento están disponibles para usted sujetos solamente a que pague cualquier Copago aplicable, según se describe en este folleto y en el inserto adjunto. CUALQUIER ATENCIÓN, SERVICIO O MATERIAL QUE NO ESTÉ CUBIERTO POR ESTE PLAN SE PUEDE COORDINAR ENTRE USTED Y EL MÉDICO.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS

Es posible que algunas marcas de monturas para anteojos no estén disponibles para comprarlas como Beneficios del plan o podrían estar sujetas a otras limitaciones. Las Personas cubiertas pueden obtener más información relacionada con la disponibilidad de las marcas de monturas del Médico miembro de VSP o llamando a la División de Atención al Cliente de VSP al (800) 877-7195.

Este Plan está diseñado para cubrir necesidades de la *visión* y no material *cosmético*. Si elige cualquiera de estas otras opciones, el Plan pagará el costo básico de los lentes o monturas permitidos, y usted será responsable de los otros costos de las opciones, a menos que eso se defina como un Beneficio del plan en el inserto del Programa de beneficios adjunto.

- Procesos cosméticos opcionales.
- Recubrimiento antirreflejante.
- Recubrimiento de color.
- Recubrimiento con efecto de espejo.
- Recubrimiento a prueba de rayones.
- Lentes combinados.
- Lentes cosméticos.
- Lentes laminados.
- Lentes de mayor tamaño.
- Lentes de policarbonato.
- Lentes fotocromáticos, lentes entintados salvo en rosado n.º 1 y rosado n.º 2.
- Lentes progresivos multifocales.
- Lentes con protección UV (ultravioleta).
- Ciertas limitaciones en la atención para visión baja.

NO SE CUBREN

No hay beneficios según este plan para los servicios profesionales ni el material relacionado con:

- Ortopédica o entrenamiento de la visión y cualquier prueba complementaria asociada; lentes sin graduación (menos de ± 0.50 de potencia dióptrica) o dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Reemplazo de lentes y monturas suministrados según este Plan que se hayan perdido o roto, excepto en los intervalos normales cuando los servicios están disponibles.
- Tratamiento médico o quirúrgico para los ojos.
- Tratamiento correctivo de la visión de carácter experimental.
- Costos por servicios o material que superen las asignaciones de los Beneficios del plan indicados en el inserto adjunto.
- Servicios o material que no están indicados como Beneficios del plan cubiertos en el inserto adjunto.

OBLIGACIÓN EN CASO DE INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO

En caso de que VSP no le pague al proveedor, usted no será responsable de ninguna suma que VSP deba que no sea lo que no cubre la póliza.

Acceso a la atención de forma oportuna

Las Personas cubiertas tienen derecho a recibir atención médica y servicios de manera oportuna.

Tipo de cita	Plazo
Examen de rutina de la visión	Quince (15) días hábiles
Atención médica que no es urgente	Diez (10) días hábiles
Atención de urgencia	Si la llamada se recibe durante el horario de atención y el médico determina que la necesidad del miembro es urgente, entonces lo atenderán en un plazo de 24 horas
Evaluación por teléfono	Se evalúa para determinar la gravedad de la condición y la disposición del paciente

Servicios de interpretación en otros idiomas

Las personas con cobertura tienen derecho a recibir servicios de interpretación en otros idiomas. Cuando programen una cita, pueden avisar al consultorio del proveedor que necesitarán un intérprete cuando lleguen a la consulta.

QUEJAS Y QUEJAS FORMALES

Si la Persona cubierta tiene alguna pregunta o problema, el primer paso es llamar al Departamento de Servicio al Cliente de VSP. El Departamento de Servicio al Cliente hará todo lo posible por responder las preguntas de la Persona cubierta o resolver el asunto de manera informal. Si un asunto no se resuelve inicialmente a satisfacción de la Persona cubierta, la Persona cubierta puede reportar la queja o queja formal a VSP verbalmente o por escrito usando el formulario de quejas que puede obtener cuando se solicite en el Departamento de Servicio al Cliente. Las quejas y quejas formales incluyen desacuerdos relacionados con el acceso a la atención, la calidad de la atención, el tratamiento o el servicio. Las Personas cubiertas también tienen derecho a enviar comentarios por escrito o documentación de apoyo relacionada con una queja o una queja formal para ayudar a VSP en la revisión. VSP resolverá la queja o queja formal en un plazo de treinta (30) días desde su recepción.

Pagos de reclamos y denegaciones

A. Determinación inicial: VSP pagará o denegará los reclamos en treinta (30) días calendario después de recibir el reclamo de la Persona cubierta o del representante autorizado de la Persona cubierta. En el caso de que no se pueda resolver un reclamo en el periodo establecido por VSP, si es necesario, se puede prolongar el tiempo para tomar la decisión por no más de quince (15) días calendario.

B. Solicitud de apelaciones: Si VSP niega el reclamo de beneficios de una Persona cubierta en su totalidad o en parte, VSP notificará a la Persona cubierta por escrito el motivo o los motivos para la denegación. En un plazo de ciento ochenta (180) días después de dicho aviso de denegación de un reclamo, la Persona cubierta puede pedir a VSP, verbalmente o por escrito, una revisión completa de la denegación. La solicitud debe incluir suficiente información para identificar a la Persona cubierta a la que se le denegó el reclamo de beneficios, incluyendo el nombre del Miembro de VSP, el Número de identificación del Miembro de VSP, el nombre de la Persona cubierta y la fecha de nacimiento, el nombre del proveedor de servicios y el número de reclamo. La Persona cubierta puede presentar los motivos por los que cree que la denegación del reclamo fue un error. La Persona cubierta también puede entregar todos los documentos pertinentes para la revisión. VSP revisará el reclamo y dará a la Persona cubierta la oportunidad de revisar los documentos pertinentes, entregar declaraciones, documentos o argumentos por escrito para apoyar el reclamo y presentar personalmente el material o los argumentos. La Persona cubierta o el representante autorizado de la Persona cubierta debe enviar todas las solicitudes de apelaciones a:

**VSP
Member Appeals
3333 Quality Drive
Rancho Cordova, CA 95670
(800) 877-7195**

VSP debe dar y comunicar la determinación a la Persona cubierta, incluyendo los motivos específicos para la decisión, en un plazo máximo de treinta (30) días calendario después de recibir la solicitud de apelación de la Persona cubierta o del representante autorizado de la Persona cubierta.

Si la Persona cubierta no está de acuerdo con la determinación de VSP, puede pedir una apelación de segundo nivel en el plazo de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de determinación. VSP deberá resolver cualquier apelación de segundo nivel en un plazo de treinta (30) días calendario.

Cuando la Persona cubierta haya completado todas las apelaciones según lo indica la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act, "ERISA"), podría haber otras opciones de resolución de disputas alternativas voluntarias, incluyendo mediación y arbitraje. Las Personas cubiertas deben comunicarse con el Departamento de Trabajo de los EE. UU. o con una agencia reguladora de seguros para obtener más información. Además, según ERISA (Sección 502[a][1][B]) [Título 29 U.S.C. 1132(a)(1)(B)], la Persona cubierta tiene derecho a iniciar una acción civil (tribunal) cuando todos los niveles de reclamos denegados, incluyendo el proceso de apelación, se hayan completado, los reclamos no se hayan aprobado en parte ni en su totalidad y la Persona cubierta no esté de acuerdo con el resultado.

ARBITRAJE

Cualquier disputa o pregunta que surja entre VSP y el Grupo o cualquier Persona cubierta que involucre la aplicación, la interpretación o el desempeño según este plan se resolverá, si es posible, por medio de negociaciones amigables e informales. Esto dará la oportunidad según sea apropiado de acuerdo con las circunstancias para la investigación y la mediación. Si algún problema no se puede resolver de esta forma, se deberá enviar para arbitraje. El procedimiento de arbitraje según este documento se hará según las Reglas de la Asociación Americana de Arbitraje (American Arbitration Association).

CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Los términos y condiciones de cancelación de este plan se muestran en el inserto adjunto. Los Beneficios del plan terminarán en la fecha de la cancelación de este plan, ya sea que la cancelación la haga el Grupo o VSP debido a falta de pago de la Prima. Si está recibiendo un servicio en la fecha de cancelación del plan, dicho servicio deberá continuar hasta que concluya, pero en ningún caso por más de seis (6) meses después de la fecha de cancelación del plan.

CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS INDIVIDUALES

Este programa está disponible para grupos de un mínimo de diez (10) empleados y, por lo tanto, no está disponible de manera individual. Cuando el Grupo cancela su cobertura, la cobertura individual no está disponible para los Miembros del Grupo que quieran conservar su cobertura.

LEY ÓMNIBUS CONSOLIDADA DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA DE 1985 (COBRA)

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) establece que, en ciertas circunstancias, los beneficios del plan médico disponibles para un Miembro elegible y sus Dependientes elegibles podrían estar disponibles para que los adquirieran tales personas si tienen un evento que haga que califiquen según COBRA. Si COBRA se aplica, y solo en la medida en que se aplique, VSP tendrá disponible para compra la continuación de cobertura establecida legalmente según COBRA.

VISION SERVICE PLAN
3333 Quality Drive
Rancho Cordova, CA 95670

Nombre del grupo: AMYS KITCHEN, LLC.

Número del plan: 40161694

Fecha de vigencia: 1 DE MARZO DE 2025

Plazo del plan: TREINTA Y SEIS (36) MESES, A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2025

PLAN VISION CARE
FORMULARIO DE REVELACIÓN Y EVIDENCIA DE COBERTURA

ADMINISTRADOR DEL PLAN: Margo Contreras
(Nombre)
109 Kentucky St
(Dirección)
Petaluma, CA 94952-2303
(Ciudad, estado, código postal)

PRIMA MENSUAL: EL GRUPO ES RESPONSABLE DE PAGAR A VISION SERVICE PLAN LOS CARGOS PERIÓDICOS DE LA COBERTURA. SU GRUPO LE AVISARÁ SOBRE SU PARTE DE LOS CARGOS, SI CORRESPONDE.

ELEGIBILIDAD: MIEMBROS Y DEPENDIENTES ELEGIBLES: LOS HIJOS DEPENDIENTES TIENEN COBERTURA HASTA FINALES DEL MES EN EL QUE CUMPLAN 26 AÑOS. EL PERÍODO DE ESPERA ES EL MISMO QUE EL DE SUS OTROS BENEFICIOS MÉDICOS.

PLAN Y PROGRAMA: **PLAN VSP CHOICE**

EXAMEN: UNA VEZ CADA AÑO DEL PLAN*
LENTES: UNA VEZ CADA AÑO DEL PLAN*
MONTURAS: UNA VEZ CADA AÑO DEL PLAN*
*EL AÑO DEL PLAN COMIENZA EL 1 DE ENERO.

PLAZO, CANCELACIÓN Y RENOVACIÓN: DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL PLAN, ESTE PLAN CONTINUARÁ DE MES A MES, O HASTA QUE CUALQUIERA DE LAS PARTES LO CANCELE MEDIANTE AVISO POR ESCRITO A LA OTRA PARTE CON SESENTA (60) DÍAS DE ANTELACIÓN

TIPO DE ADMINISTRACIÓN: VSP PRESTARÁ LOS SIGUIENTES SERVICIOS ADMINISTRATIVOS: ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS Y FACTURACIÓN. LOS BENEFICIOS QUE SE PRESTAN SEGÚN ESTE PLAN SON AUTOASEGURADOS POR EL EMPLEADOR.

LA DIRECCIÓN DE VSP ES: VISION SERVICE PLAN
3333 QUALITY DRIVE
RANCHO CORDOVA, CA 95670

PROGRAMA DE BENEFICIOS

ASPECTOS GENERALES

Este Programa y cualquier Cláusula adicional de beneficios adicionales, cuando la compra el Grupo y se adjunta a este documento incluye los servicios y el material de atención de la visión a los que tienen derecho las Personas cubiertas de VSP, sujeto a cualquier Copago y otras condiciones, limitaciones o exclusiones indicadas aquí. Si los Beneficios del plan están disponibles para los servicios de Proveedores no miembros como se indica en las disposiciones de reembolso abajo, los servicios de atención de la visión y el material de atención de la visión se pueden obtener de cualquier optometrista, oftalmólogo u oculista autorizado, ya sea con Médicos miembros o Proveedores no miembros.

Los Médicos miembros son aquellos médicos que aceptaron participar en la Red VSP Choice.

Cuando se reciben Beneficios del plan de Médicos miembros, los beneficios que están en la primera columna abajo son aplicables sujeto a cualquier Copago según se indica abajo. Cuando los Beneficios del plan están disponibles y se reciben de Proveedores no miembros, se le reembolsa por tales beneficios según el programa de la segunda columna de abajo menos cualquier Copago aplicable.

BENEFICIOS DEL PLAN

BENEFICIO DE MÉDICO MIEMBRO

BENEFICIO DE PROVEEDOR NO MIEMBRO

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISIÓN

<i>Examen de la visión</i>	<i>Cobertura completa*</i>	<i>Hasta \$</i>	<i>50.00*</i>
----------------------------	----------------------------	-----------------	---------------

MATERIAL DE ATENCIÓN DE LA VISIÓN

Lentes

<i>Monofocales</i>	<i>Cobertura completa*</i>	<i>Hasta \$</i>	<i>50.00*</i>
<i>Bifocales</i>	<i>Cobertura completa*</i>	<i>Hasta \$</i>	<i>75.00*</i>
<i>Trifocales</i>	<i>Cobertura completa*</i>	<i>Hasta \$</i>	<i>100.00*</i>
<i>Lenticulares</i>	<i>Cobertura completa*</i>	<i>Hasta \$</i>	<i>125.00*</i>

Se cubren totalmente los lentes de policarbonato para los hijos dependientes hasta finales del mes en que cumplan 26 años. Los lentes progresivos estándar están cubiertos totalmente.

<i>Monturas</i>	<i>Cubiertos hasta la Asignación del plan*</i>	<i>Hasta \$</i>	<i>100.00*</i>
-----------------	--	-----------------	----------------

El cargo del cliente se determinará por medio del factor de conversión equivalente mayorista/aplicable.

LENTE DE CONTACTO

Necesarios

<i>Honorarios profesionales y material</i>	<i>Cobertura completa*</i>	<i>Hasta \$</i>	<i>210.00*</i>
--	----------------------------	-----------------	----------------

Electivos

<i>Material</i>		<i>Honorarios profesionales y material</i>	
<i>Hasta \$150.00</i>		<i>Hasta \$</i>	<i>105.00</i>
<i>Los servicios de adaptación y evaluación** de lentes de contacto electivos tienen cobertura total una vez cada año del plan, después de un copago máximo de \$ 60.00.</i>			

Los lentes de contacto necesarios son un Beneficio del plan cuando se cumplen los criterios específicos para el beneficio y cuando los receta el médico de la Persona cubierta o el Proveedor no miembro. No se necesita la revisión ni la aprobación previa de VSP para que la Persona cubierta sea elegible para los lentes de contacto necesarios.

*** Sujeto a copago, si corresponde.**

**** Se aplica un 15 % de descuento en los honorarios profesionales habituales y acostumbrados del Médico miembro para la evaluación y adaptación de los lentes de contacto.**

OPCIONES DE LENTES

Entintados	Cubierto totalmente	No está cubierto
Recubrimiento a prueba de rayones	Cubierto totalmente	No está cubierto
Lentes progresivos premium y personalizados	Cubierto totalmente	Hasta \$50.00
Fotocromáticos	Cubierto totalmente	No está cubierto

¹para los hijos dependientes hasta finales del mes en que cumplan 26 años.

COPAGO

El examen tendrá \$20.00 de copago que debe pagar la Persona cubierta al Médico miembro en el momento que se prestan los servicios. Si se suministran materiales (lentes y monturas), no habrá un copago adicional en el momento en que se solicitan los materiales. Sin embargo, el Copago por material no se aplica a lentes de contacto electivos.

BAJA VISIÓN

El beneficio de baja visión está disponible para las Personas cubiertas que tengan problemas visuales graves que no se puedan corregir con lentes regulares.

	<u>MÉDICO MIEMBRO DEL MÉDICO MIEMBRO</u>	<u>BENEFICIO DEL PROVEEDOR NO MIEMBRO</u>
Pruebas complementarias	Cobertura completa*	Hasta \$125.00*
<i>Análisis/diagnóstico completo de baja visión, con un examen integral de las funciones visuales, incluyendo la receta de anteojos y lentes correctivos o ayudas visuales, si es necesario.</i>		
Ayudas complementarias para la atención	75 % del costo*	75 % del costo*

Ayudas posteriores para baja visión.

Copago para ayudas complementarias: 25 %, pagado por la Persona cubierta.

Máximo de beneficios

**El beneficio máximo disponible es de \$1000.00 (excluyendo Copago) cada dos (2) años y un máximo de dos pruebas complementarias dentro de un período de dos años.*

BENEFICIO PARA PROVEEDORES NO MIEMBROS

Los beneficios de baja visión obtenidos de un Proveedor no miembro están sujetos a los mismos límites de tiempo y acuerdos de copago que los descritos arriba para un Médico miembro. La Persona cubierta debe pagar los honorarios completos del Proveedor no miembro. Se hará el reembolso a la Persona cubierta por una cantidad que no supere lo que VSP pagaría a un Médico miembro en circunstancias similares. NOTA: No hay garantía de que esta cantidad esté dentro del límite del 25 % de copago.

APÉNDICE

VISION SERVICE PLAN CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIOS ESSENTIAL MEDICAL EYE CARE COMPLEMENTARIO

GENERAL

Esta Cláusula adicional muestra los beneficios adicionales de atención de la visión a los que tienen derecho las Personas cubiertas por VISION SERVICE PLAN ("VSP"), sujetos a los copagos aplicables y otras condiciones, limitaciones o exclusiones aquí establecidas. El beneficio de Essential Medical Eye Care complementario está diseñado para la detección, el tratamiento y el manejo de condiciones de la visión y condiciones sistémicas que producen síntomas oculares o visuales. Según el beneficio, los profesionales de atención de la visión dan tratamiento y prestan servicios para emergencias oculares urgentes, y el manejo de enfermedades sistémicas crónicas que se manifiestan en los ojos. Esta Cláusula adicional forma parte de la Póliza y de la Evidencia de cobertura a la que se adjunta.

ELEGIBILIDAD

Las siguientes son Personas cubiertas por el plan, según los criterios de elegibilidad establecidos por el Cliente:

- Miembro
- Cónyuge legal o pareja de hecho del Miembro.
- Cualquier hijo de un Miembro, incluyendo un hijo biológico desde el momento del nacimiento, un hijo legalmente adoptado a partir de la fecha en que el Miembro lo adoptó u otro niño que sea responsabilidad del Miembro según un tribunal o agencia administrativa.

Los hijos dependientes tienen cobertura hasta finales del mes en que cumplan 26 años.

Un hijo dependiente y soltero que supere la edad límite puede continuar siendo elegible como dependiente si no es capaz de tener un empleo para mantenerse debido a una discapacidad mental o física, y depende principalmente del Miembro para su sostenimiento y mantenimiento.

Los beneficios de Essential Medical Eye Care están disponibles para las Personas cubiertas solo después de que se hayan agotado los beneficios cubiertos de su plan médico colectivo, o cuando la Persona cubierta no esté cubierta por un plan médico colectivo.

Los beneficios cubiertos incluyen códigos de procedimientos médicos específicos de atención de la visión cuando sea apropiado para el ámbito de acreditación optométrica y las leyes, normas y reglamentaciones actuales según lo determinado por el gobierno estatal y federal.

OBTENCIÓN DE SERVICIOS DE ESSENTIAL MEDICAL EYE CARE COMPLEMENTARIOS

LA PERSONA CUBIERTA TIENE UN PLAN MÉDICO COLECTIVO

Essential Medical Eye Care complementario da cobertura de ciertos servicios médicos relacionados con la visión, para complementar el plan médico colectivo de la Persona cubierta. Las Personas cubiertas deben consultar el folleto del plan, el certificado de cobertura u otra descripción de beneficios de su plan médico colectivo para determinar los beneficios disponibles y cómo obtener los beneficios del plan médico.

El proveedor de atención de la visión deberá presentar primero un reclamo al plan médico colectivo de la Persona cubierta cuando participe en la red del plan médico. VSP evaluará el pago de cualquier cantidad que el plan médico primario no pague. Este proceso se conoce como Coordinación de los beneficios (“COB”). Vea la sección de Coordinación de los beneficios en la Evidencia de cobertura de la Persona cubierta para obtener más información sobre COB.

SI LA PERSONA CUBIERTA NO TIENE UN PLAN MÉDICO COLECTIVO

Cuando la Persona cubierta no tenga un plan médico colectivo, o cuando un Proveedor Preferido de VSP no participe en el plan médico colectivo de la Persona cubierta, el Plan de Essential Medical Eye Care complementario da los siguientes Beneficios del plan:

1. La Persona cubierta se comunica con el Médico miembro y hace una cita.
2. La Persona cubierta paga el Copago correspondiente en el momento en que se prestan los servicios de Essential Medical Eye Care complementarios y las cantidades por cualquier servicio más que no cubre el Plan.

BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICOS MIEMBROS

SERVICIOS CUBIERTOS

Exámenes médicos de la visión: cobertura completa después de \$20.00 de Copago.

Atención de urgencia/emergencia* y servicios oftalmológicos especializados:** Cobertura completa

La atención de urgencia/emergencia se refiere a los servicios cubiertos por VSP para una condición médica de los ojos de emergencia, incluyendo, entre otros, infecciones en los ojos, cuerpos extraños y abrasiones, lesiones en los ojos y exposición química al ojo o al párpado.

**Los servicios oftalmológicos especiales se refieren a servicios de atención de la visión que están centrados en problemas e incluyen la toma de decisiones médicas. Los Servicios oftalmológicos especiales van más allá de los servicios generales y se relacionan con el diagnóstico, la evaluación, el tratamiento y el manejo de condiciones de los ojos.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS

Essential Medical Eye Care complementario da cobertura de ciertos servicios médicos relacionados con la visión, para complementar el plan médico colectivo de la Persona cubierta. Habrá una lista de los procedimientos cubiertos disponible para el Cliente, cuando la pida.

NO ESTÁN CUBIERTOS

1. Anteojos o lentes de contacto.
2. Procedimientos quirúrgicos con anestesia general.
3. Procedimientos quirúrgicos preoperatorios o postoperatorios.
4. Servicios para pacientes hospitalizados.
5. Servicios prestados para diagnósticos de estado refractivo que forman parte de la cobertura de atención de la visión de rutina de la Persona cubierta.
6. Medicamentos con receta o suministros de cualquier tipo.
7. Impuestos locales, federales o estatales, excepto cuando VSP esté obligado a pagar según la ley.
8. Servicios o materiales que no estén específicamente incluidos en esta Cláusula como Beneficios del plan cubiertos.



CONTINUACIÓN DE COBERTURA SEGÚN CAL-COBRA

Si está cubierto según una póliza de grupo que da cobertura a entre 2 y 19 empleados elegibles, puede ser elegible para adquirir cobertura continua según este plan colectivo para la visión, según la Sección 1366.20 y siguientes del Código de Salud y Seguridad de California (Cal-COBRA).

Puede calificar para la continuación de cobertura de Cal-COBRA si pierde la cobertura por una de las siguientes razones:

- a. La muerte del empleado cubierto.
- b. El cese del empleo o la reducción del horario del empleo del empleado cubierto, salvo que el despido por conducta indebida grave no constituya un evento que lo haga calificar.
- c. El divorcio o la separación legal entre el empleado cubierto y el cónyuge del empleado cubierto.
- d. La pérdida del estado de dependiente de un dependiente inscrito en el plan de beneficios colectivos.
- e. En relación únicamente con un dependiente cubierto, el derecho del empleado cubierto a recibir beneficios según el Título XVIII de la Ley del Seguro Social de los Estados Unidos (Medicare).

Como condición para recibir beneficios, debe notificar a VSP en el plazo de 60 días a partir de la pérdida de cobertura por una de las razones arriba mencionadas. SI NO NOTIFICA A VSP DENTRO DEL PLAZO OBLIGATORIO DE 60 DÍAS, QUEDARÁ DESCALIFICADO PARA RECIBIR LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA.

Debe pedir la continuación por escrito y entregar la petición por escrito a VSP por medio de First Class Mail u otro medio confiable de entrega dentro del plazo de 60 días después de lo que ocurra más tarde entre (1) la fecha en que su cobertura según el plan de beneficios colectivos haya terminado o termine por motivo de una razón que lo haga calificar, o (2) la fecha en que se le envió el aviso del plan de beneficios colectivos o de VSP sobre la elegibilidad para recibir cobertura continua según Cal-COBRA.

Para poder continuar recibiendo cobertura según este plan, usted es el responsable de hacer todos los pagos de primas necesarios, según los términos y condiciones del contrato del plan. El primer pago de las primas debe hacerse a VSP mediante First Class Mail, correo certificado u otro medio confiable de entrega, incluyendo entrega personal, correo expreso o mensajería privada, en un plazo de 45 días a partir de la fecha en que usted haya dado aviso por escrito a VSP sobre su elección de la continuación de los beneficios. El primer pago de las primas debe ser igual a una cantidad suficiente para pagar cualquier prima necesaria y todas las primas vencidas. Si no envía la cantidad correcta para las primas en un período de 45 días, quedará descalificado para recibir la continuación de cobertura.

Aviso: Si el contrato entre VSP y el empleador finaliza antes de la fecha en que finalizaría su continuación de cobertura según el estatuto de Cal-COBRA, puede optar por recibir la continuación de cobertura según el plan de beneficios colectivos subsiguiente del empleador, si corresponde, por el resto del período en que hubiera permanecido cubierto según este plan. Sin embargo, la continuación de cobertura terminará si no cumple los requisitos correspondientes a la inscripción y el pago de las primas del plan de beneficios nuevo en el plazo 30 días a partir de que reciba el aviso de finalización del plan anterior de beneficios colectivos.

Todos los avisos a VSP deben enviarse a:

VISION SERVICE PLAN
Attn: COBRA Administration
3333 Quality Drive
Rancho Cordova, CA 95670

VISION SERVICE PLAN

EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE REVELACIÓN

Tenga en cuenta las siguientes revisiones a la Evidencia de cobertura y Formulario de revelación. Conserve este documento con la Evidencia de cobertura y Formulario de revelación para tener una descripción completa y precisa de sus beneficios.

1. La siguiente disposición se agrega a la sección con el título **ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES**:

Parejas de hecho: las parejas de hecho del mismo sexo o de sexo opuesto que el Miembro tendrán cobertura según las reglas de elegibilidad aplicables a los beneficios médicos generales del Grupo. Los hijos dependientes de la pareja de hecho también están cubiertos, siempre que dependan del Miembro inscrito para su manutención y sustento.

VISION SERVICE PLAN - MATRIZ DE BENEFICIOS MÉDICOS Y COBERTURA

El uso de esta matriz tiene como objetivo ayudarlo a comparar los beneficios de cobertura y es únicamente un resumen; deben consultar la evidencia de cobertura y el contrato del plan para obtener una descripción detallada de los beneficios y las limitaciones de la cobertura.

[illegible]

Lentes de contacto (electivo)	Incluye servicios profesionales según sean necesarios, incluyendo: evaluación de lentes de contacto, adaptación y verificación de la exactitud de los lentes terminados.	Aquí se aplicaría un copago por el examen (si corresponde). Varía normalmente de \$0 a \$50 (puede ser específico del grupo).	Cualquier cantidad que supere la asignación para lentes de contacto de VSP (según lo determine el grupo).	El máximo se determina según la elegibilidad para lentes. Puede ser una vez cada 12, 24 o 36 meses (según lo determine el grupo)	Sí	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
Lentes de contacto (Necesario)	Se necesita autorización previa. Incluye servicios profesionales según sean necesarios, incluyendo: evaluación de lentes de contacto, adaptación y verificación de la exactitud de los lentes terminados.	Aquí se aplicaría un copago por el examen y el material (lentes y montura, si corresponde). Varía normalmente de \$0 a \$50 (puede ser específico del grupo).	Ninguno. Cubierto totalmente para la mayoría de los tipos de lentes.	El máximo se determina según la elegibilidad para lentes. Puede ser una vez cada 12, 24 o 36 meses (según lo determine el grupo)	Sí	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
Baja visión	Si se incluye en el plan: Se necesita autorización previa. Incluye servicios profesionales según sean necesarios, que incluirán: Pruebas complementarias Receta por baja visión Evaluaciones Ayudas ópticas y no ópticas Entrenamiento El plan paga entre el 50 % y 75 % de la cantidad permitida aprobada (el máximo permitido es de \$500 a \$1,000. El beneficio es específico del plan y puede ser específico del grupo).	Del 25 % al 50 % de la cantidad permitida aprobada (el máximo permitido es \$500 a \$1,000. El beneficio es específico del plan y puede ser específico del grupo).	Cualquier cantidad que supere la cantidad máxima permitida.	Cada 2 años	No	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO

Resumen de los beneficios y de la cobertura
VSP Choice Plan

Preparado para: AMYS KITCHEN, LLC
ID del grupo: 40161694
Fecha de entrada en vigor: 1 DE MARZO DE 2025

La Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) exige que, a partir del 23 de septiembre de 2012, las compañías de seguro médico y los planes médicos colectivos entreguen a los clientes un documento informativo sencillo y claro sobre la cobertura y los beneficios. Este documento es un Resumen de los beneficios y de la cobertura (SBC).

Abajo se incluye una tabla para su conveniencia, que es igual al SBC de muestra que publicó el Departamento de Trabajo de los EE. UU. Toda la información entregada está relacionada con su plan y se da más información en la Evidencia de cobertura de arriba.

Evento médico frecuente	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red	
Si usted o sus dependientes (si corresponde) necesitan atención de la visión	Examen de la visión	\$20.00 de copago	Reembolso de hasta \$50.00	Examen cubierto totalmente, cada 12 meses**
	Monturas, lentes o lentes de contacto	Anteojos: \$0.00 de copago (lentes o monturas); Hasta \$60.00 de copago por el examen de lentes de contacto	Reembolso en monturas de hasta \$100.00 Reembolso en lentes SV de hasta \$50.00 Reembolso en lentes bifocales de hasta \$75.00 Reembolso en lentes trifocales de hasta \$100.00 Reembolso en lentes lenticulares de hasta \$125.00 Reembolso ECL de hasta \$105.00	Monturas cubiertas cada 12 meses** Lentes cubiertos cada 12 meses**
	Honorarios			

** Empieza a partir del primer día del período de beneficios.

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación:

Si tiene una queja o no está satisfecho con una denegación de cobertura para reclamos según su plan, puede apelar la decisión o presentar una queja formal. Si tiene preguntas sobre sus derechos, sobre este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: 800-877-7195.