


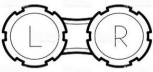


MAX PLUS
OPCION: MEDIUM 2

SERVICIOS CUBIERTOS	DESCRIPCION DE SERVICIOS	COSTO PARA EL ASEGURADO DENTRO DE LA RED (INSIGHT)	REEMBOLSO FUERA DE LA RED
EXAMEN			
	Examen comprensivo con dilatación (de ser necesario)	\$10 Copago	Hasta \$30
	Ajuste para lentes de contacto <i>Standard</i> , incluyendo seguimiento	Hasta \$40	N/A
	Ajuste para lentes de contacto <i>Premium</i> , incluyendo seguimiento	10% de descuento del precio al detal	N/A
MONTURAS			
	Monturas cubiertas	\$0 Copago; <i>Allowance</i> \$130; 20% de descuento por encima del balance de \$130	Hasta \$65
LENTES PARA ESPEJUELOS*			
	Visión sencilla	\$10 Copago	Hasta \$25
	Bifocal	\$10 Copago	Hasta \$40
	Trifocal	\$10 Copago	Hasta \$55
	Lenticular	\$10 Copago	Hasta \$55
	Lentes progresivos <i>Standard</i>	\$75 Copago	Hasta \$40
	Lentes progresivos <i>Premium</i>		
	Nivel 1	\$95 Copago	Hasta \$40
	Nivel 2	\$105 Copago	Hasta \$40
	Nivel 3	\$120 Copago	Hasta \$40
	Nivel 4	\$75 copago, costo total "Allowance" de \$120	80% del menos
OPCIONES EN LENTES			
	Tratamiento UV	\$15	N/A
	Tinte (<i>Solid or Gradient</i>)	\$15	N/A
	Anti-rayasos para lente <i>standard</i>	\$0 Copago	Hasta \$5
	Policarbonato <i>Standard</i> para adultos	\$40	N/A
	Policarbonato <i>Standard</i> para niños menores de 19 años	\$0 Copago	Hasta \$5
	Capa Antireflectiva <i>Standard</i>	\$45	N/A
	Polarizado	20% de descuento del precio al detal	N/A
	Fotocromático/ <i>Transitions Plastic</i>	\$75	N/A
	Lentes <i>Premium</i> antireflectivos		
	Nivel 1	\$57	N/A
Nivel 2	\$68	N/A	
Nivel 3	80% del cargo	N/A	
Otras opciones	20% de descuento del precio al detal	N/A	
LENTES DE CONTACTO*			
	Convencional	\$0 Copago; Allowance \$130; 15% de descuento por encima del balance de \$130	Hasta \$104
	Desechables	\$0 Copago; Allowance \$130	Hasta \$104
	Medicamento necesario	\$0 Copago - Pagado Completo	Hasta \$210
FRECUENCIA DEL BENEFICIO			
	Examen	1 cada 12 meses	
	Lentes o lentes de contacto*	1 cada 12 meses	
	Monturas	1 cada 24 meses	

*Usted es elegible para obtener el beneficio de Lentes o Lentes de Contacto una vez cada 12 meses, contado desde la última fecha de servicio. su plan DeltaVision cubrirá el beneficio de Lentes o el beneficio de Lentes de Contacto, no ambos.

Importante:

DESCUENTOS ADICIONALES

- 40% para el segundo par de espejuelos
- 15% para la compra de los próximos lentes de contacto convencionales
- 15% para la cirugía Lasik o 5% de descuento del precio en promoción - solo en proveedores participantes
- 40% en examen de audición - solo en proveedores participantes

COSTO MENSUAL INDIVIDUAL MAX PLUS \$36 PAREJA \$72 FAMILIAR \$89

Limitaciones pueden aplicar para ciertos beneficios.

su certificado de beneficios para las limitaciones y exclusiones.

Algunos servicios pueden estar excluidos. Favor de referirse a