

Aetna VisionSM Preferred

Summary of Benefits for Lighthouse Treatment, Inc.

Fecha de entrada en vigor: 1 de julio del 2026 Identificación externa del plan: 1032267104 Line Value 557 Frecuencia (examen/armazón/lentes): 12/12/12 Enhanced Plan - 201(a)E V-12 Cotización primaria 970822 - Package A	Costo del miembro dentro de la red Aetna Vision	Reembolso al miembro fuera de la red*
Examen		
Examen de ojos con dilatación, según sea necesario	Copago de \$10.	Reembolso de \$32.
Servicios de imágenes de la retina	El miembro paga una tarifa reducida de \$39.	Sin cobertura.
Colocación y control de lentes de contacto estándares ¹	El miembro paga una tarifa reducida de \$40.	Sin cobertura.
Colocación y control de lentes de contacto especiales ¹	10 % de descuento sobre el precio minorista.	Sin cobertura.
Marcos		
Cualquier armazón disponible. Se incluyen los armazones para anteojos de sol con receta.	Copago de \$0; monto permitido de \$130**, 20 % de descuento del saldo sobre el monto permitido.	Reembolso de \$90.
Lentes de plástico estándares		
Monofocales	Copago de \$25.	Reembolso de \$10
Bifocales	Copago de \$25.	Reembolso de \$25.
Trifocales	Copago de \$25.	Reembolso de \$55.
Lenticulares	Copago de \$25.	Reembolso de \$55.
Lentes progresivos estándares (el copago incluye el costo de los bifocales)	Copago de \$90.	Reembolso de \$25.
Lentes progresivos especiales, nivel 1 (el copago incluye el costo de los bifocales) ²	Copago de \$110.	Reembolso de \$25.
Lentes progresivos especiales, nivel 2 (el copago incluye el costo de los bifocales) ²	Copago de \$120.	Reembolso de \$25.
Lentes progresivos especiales, nivel 3 (el copago incluye el costo de los bifocales) ²	Copago de \$135.	Reembolso de \$25.
Lentes progresivos especiales, nivel 4 (el copago incluye el costo de los bifocales) ²	Copago de \$90; 80 % del cargo menos el monto permitido de \$120.	Reembolso de \$25.
Opciones de lentes		
Con protección contra rayos ultravioletas	El miembro paga una tarifa reducida de \$15.	Sin cobertura.
Ahumados (parejos y graduales)	El miembro paga una tarifa reducida de \$15.	Sin cobertura.
Con revestimiento plástico estándar resistente al rayado	Copago de \$0.	Reembolso de \$15.
Lentes de policarbonato para adultos	El miembro paga una tarifa reducida de \$40.	Sin cobertura.

Lentes de policarbonato para niños hasta los 19 años	Copago de \$0.	Reembolso de \$35.
Con revestimiento antirreflejo estándar	El miembro paga una tarifa reducida de \$45.	Sin cobertura.
Con revestimiento antirreflejo especial, nivel 1 ²	El miembro paga una tarifa reducida de \$57.	Sin cobertura.
Con revestimiento antirreflejo especial, nivel 2 ²	El miembro paga una tarifa reducida de \$68.	Sin cobertura.
Con revestimiento antirreflejo especial, nivel 3 ²	20 % de descuento sobre el precio minorista.	Sin cobertura.
Lentes de plástico Transitions/fotocromáticos para adultos	El miembro paga una tarifa reducida de \$75.	Sin cobertura.
Lentes de plástico Transitions/fotocromáticos para niños hasta los 19 años	El miembro paga una tarifa reducida de \$75.	Sin cobertura.
Otros agregados	20 % de descuento sobre el precio minorista.	Sin cobertura.

Lentes de contacto

Convencionales	Copago de \$0; monto permitido** de \$130; 15 % de descuento del saldo sobre el monto permitido.	Reembolso de \$90.
Desechables	Copago de \$0; monto permitido de \$130.	Reembolso de \$104.
Medicamente necesarios	Cobertura total.	Reembolso de \$200.

Frecuencia

Niños hasta los 19 años de edad

Adultos a partir de los 19 años de edad

Examen	Una vez cada 12 meses consecutivos.	Una vez cada 12 meses consecutivos.
Marcos	Una vez cada 12 meses consecutivos.	Una vez cada 12 meses consecutivos.
Lentes	Una vez cada 12 meses consecutivos.	Una vez cada 12 meses consecutivos.
Lentes de contacto	Una vez cada 12 meses consecutivos.	Una vez cada 12 meses consecutivos.

La cobertura de lentes se puede usar para lentes de anteojos O 1 orden para lentes de contacto.

Descuentos dentro de la red

Los descuentos no se pueden combinar con ningún otro descuento u oferta promocional, y es posible que no estén disponibles para todas las marcas.

Pares de anteojos o anteojos de sol con receta adicionales ³	Hasta un 40 % de descuento en anteojos o anteojos de sol con receta y 15 % de descuento en lentes de contacto convencionales luego de utilizarse el beneficio financiado.
Artículos no cubiertos ⁴	20 % de descuento sobre el precio minorista.
Corrección visual con láser LASIK o queratectomía fotorrefractiva (PRK) de U.S. Laser Network ⁵ . Llame al 1-800-422-6600.	15 % de descuento sobre el precio minorista o 5 % de descuento sobre el precio promocional.
Descuentos para servicios de audición ⁶ . Dos formas de ahorrar: Hearing Care Solutions: 1-866-344-7756 Amplifon Hearing Health Care: 1-877-301-0840	Ahorre en audífonos, exámenes, baterías, reparaciones y mucho más.

Lista parcial de exclusiones y limitaciones

Los miembros inscritos pueden obtener acceso a nuestro sitio web seguro para miembros luego de que su plan entre en vigor. Los suscriptores inscritos recibirán un paquete de bienvenida con una tarjeta de identificación que se enviará por correo a su domicilio dentro de los 15 días hábiles luego del procesamiento de la inscripción.

* Se encuentra disponible la cobertura fuera de la red. Para recibir el reembolso hasta los montos mencionados arriba, es obligatorio completar una forma de reclamo con un recibo detallado. Los reembolsos no podrán superar el cargo real del proveedor. Para obtener una

forma de reclamo, visite aetnavision.com o llame a Servicios al Cliente al 1-877-973-3238, de lunes a domingo. Las formas de reclamo completas pueden enviarse por vía electrónica o por correo postal a Aetna, P.O. Box 8504 Mason, OH 45040-7111. También tiene acceso a proveedores aliados, como Costco Vision, que aplicarán sus beneficios fuera de la red al momento del servicio y se encargarán del proceso de presentación del reclamo por usted.

** Los montos permitidos son beneficios que se pueden utilizar solo una vez. No se pueden utilizar saldos restantes. Con el plan no se brinda un beneficio de saldo decreciente.

¹ La colocación de lentes de contacto y las dos visitas de seguimiento están permitidas después de que se haya hecho un examen de ojos.

² Las designaciones de progresivos especiales y antirreflejo especial de marca están sujetas a la revisión anual y cambian según las condiciones del mercado. Solicítele a su proveedor de cuidado de ojos que le suministre más información. El costo de los lentes progresivos especiales incluye el costo de los bifocales.

³ El descuento para pares adicionales se aplica a las compras realizadas después de que se hayan agotado los montos permitidos del plan. Los descuentos no constituyen seguro.

⁴ Es posible que los descuentos para artículos no cubiertos no estén disponibles en todos los estados.

⁵ LASIK o PRK de U.S. Laser Network, que pertenece a LCA Vision y es administrada por esta compañía.

Aetna no respalda a ningún prestador, producto o servicio relacionado con estas ofertas de descuentos. Los prestadores son independientes, es decir, no son agentes ni empleados de Aetna. Es posible que algunos programas, productos y servicios no estén disponibles en todo momento. Es posible que algunas ofertas no estén disponibles en algunos estados. Los productos y servicios están proporcionados por Hearing Care Solutions y Amplifon Hearing Health Care (antes HearPO).

Las pólizas y los planes son asegurados o administrados por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Algunos servicios de administración de reclamos son proporcionados por First American Administrators Inc., y algunos servicios de administración de la red son proporcionados por medio de EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed").

No todos los servicios están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones de la cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. A continuación, se incluyen las exclusiones y limitaciones principales del plan. Si necesita una descripción completa, consulte el *Folleto-certificado*. El plan no cubre procedimientos especiales de la vista, como ortóptica, terapia de la vista o entrenamiento de la vista; servicios y suministros de la vista que no reúnen los parámetros profesionalmente aceptados; lentes no recetados; anteojos de sol no recetados; dos pares de anteojos en lugar de bifocales; tratamiento médico o quirúrgico de los ojos; servicios cosméticos; lentes, armazones, anteojos o lentes de contacto perdidos o rotos.

Los proveedores de la red Aetna Vision se contratan y acreditan por medio de EyeMed Vision Care, LLC, conforme a los requisitos de EyeMed. EyeMed y Aetna son contratistas independientes y no son agentes uno del otro. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso.

Consulte Aetna.com para obtener más información sobre los planes de Aetna®.

Aetna Inc. cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad (en consonancia con el título 45, sección 92.101[a][2] del Código de Regulaciones Federales). Aetna Inc. no excluye ni trata a las personas de manera menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna Inc.:

- Brinda a las personas con discapacidades adaptaciones razonables, y asistencia y servicios apropiados y gratuitos para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas.
 - Información escrita en otros formatos (en letra grande, en audio, en formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Brinda servicios gratuitos de asistencia con el idioma a personas cuyo idioma principal no es el inglés, lo que puede incluir lo siguiente:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, asistencia y servicios apropiados, o asistencia lingüística, llame al [1-800-872-3862](tel:1-800-872-3862) (TTY: [711](tel:711)) o al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

Si cree que Aetna Inc. no le ha brindado estos servicios o que de alguna otra manera lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator

Attn: 1557 Coordinator
CVS Pharmacy, Inc.
1 CVS Drive, MC 2332,
Woonsocket, RI 02895

Teléfono: [1-800-648-7817](tel:1-800-648-7817), TTY: [711](tel:711)

Correo electrónico: CRCoordinator@aetna.com

Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles.

También puede presentar una queja en el portal correspondiente de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo postal o por teléfono:

Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
[1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697) (TDD)

Las formas de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Este aviso está disponible en el sitio web de Aetna Inc.: <https://www.aetna.com/>.

