

Plan voluntario de Visión Valassis 2009

Servicio	En el Network	Autorizado Fuera del Network
Examen:	\$10 copago	hasta \$40
Monturas:	Una vez cada 12 meses	
	\$0 copago	hasta \$65
	\$130 autorizado	
	20% descuento del balance	
Lentes:	Una vez cada 12 meses	
Lente Unifocal:	\$10 copago	hasta \$25
Bifocal:	\$10 copago	hasta \$40
Trifocal:	\$10 copago	hasta \$55
Opciones de Lentes:	Una vez cada 12 meses	
Revestimiento ultravioleta:	\$0	hasta \$5
Polarizado	\$15	N/A
Resistencia corriente a los rayones:	\$0	hasta \$5
Poli carbonado corriente:	\$0	hasta \$5
Película antireflectiva corriente:	\$45	N/A
Progresivos corriente (agregado a bifocales):	\$75	hasta \$40
Otros Servicios complementarios:	20% descuento del precio al público	N/A
Lentes de Contacto	Materiales solamente	
Convencionales:	\$0 copago, \$125 autorizado, 15% descuento del balance	hasta \$100
Desechables:	\$0 copago, \$125 autorizado	hasta \$100
Medicamente Necesarios	Pagados en su totalidad	hasta \$200

NOTA: Este material es solamente con propósito informativo y no constituye una oferta de cobertura ni opinión medica. Contiene solamente una descripción parcial de la descripción general del plan o programa de beneficios y no constituye un contrato. Consulte los documentos de su plan para determinar las provisiones que reglamentan el contrato, incluyendo procedimientos, exclusiones, requerimientos de pre-certificación y limitaciones relacionadas con nuestro plan.

Efectivo 1/1/09