

## ASISTENCIA DE IDIOMAS

Si requiere asistencia de idiomas en cualquier momento incluyendo durante el proceso de su examinación de los ojos o durante la discusión de la diagnosis despues de su examinación de los ojos por favor llame al "Plan" 1-800-400-4VPA. La asistencia de idiomas es GRATIS para todos los miembros de Vision Plan of America.

## BENEFICIO AL ACCESO DE LASIK

Si usted necesita correccion visual y ha contemplado la Posibilidad de obtener o a traves de cirugía LASIK, le conviene tomar ventaja de la red de oftalmologos de Quallsight. Quallsight le ofrece las siguientes ventajas:

### **Ahorros - Experiencia - Conveniencia - Financiamiento**

Para tener acceso al plan por favor llame: 877-507-4448 de 7am-9pm Lunes a Viernes y de 10am -5pm Sabados.  
[www.Quallsight.com/vpa](http://www.Quallsight.com/vpa)

El programa de Quallsight no es un beneficio de los asegurados. Vision Plan of America hace el acceso al programa de Quallsight disponible para sus miembros para el plan preferido para la cirugía de LASIK. VPA no hace ninguna recomendación en específico para o contra el plan. Todas las representaciones son las de Quallsight.

## DETALLES ADICIONALES

- No Hay Deductibles
- Condiciones pre-existentes son bienvenidas
- Beneficios de lentes de contacto
- Inscricion garantizada
- Ortodoncia
- Coronas, Puentes, Dentaduras

## OTROS CARGOS

El miembro es responsable por los pagos de los servicios escritos en la "DESCRIPCION DE BENEFICIOS Y PAGOS." Servicios que no estan en la lista seran cobrados al precio regular del Optometrista. Estos costos se pagaran directamente al Doctor donde usted recibio sus servicios.

El miembro sera responsable del 70% de las tarifas normales y acostumbradas para los servicios proporcionados por un Especialista Dental Participante CDN en el primer año se descuenta 50% a partir de entonces el servicio sube hasta \$1000.00/año.

## INFORMACION DE INSCRIPCION

Toda la informacion de inscripcion recibidas antes del 20 del mes se hara efectiva el 1 del mes siguiente.

## RESPONSIBILIDAD FINANCIARA DEL MIEMBRO

EN EL CASO QUE EL PLAN FALLE EN PAGAR AL OPTOMETRISTA PARTICIPANTE, EL OPTOMETRISTA NO BUSCARA AL MIEMBRO PARA EXIGIR PAGO. EL MIEMBRO NO SERA RESPONSABLE.

## UNA PRIMA DENTAL/VISION

# Dental y Vision 4 Planes Excepcionales Para Protejera a Ti y Tu Familia *La Eleccion es Tuya!*

## OPTOMETRISTAS

Nuestros Doctores estan localizados en todas partes en California. Despues de que VPA haya recibido su forma de inscripcion, le sera enviada su tarjeta de membresia a su domicilio con el nombre, direccion y numero telefonico de la oficina de su doctor que lo atendera cerca de su hogar. Nuestras listas de referencias incluyen optometristas especializados que hacen exámenes de vista para dificultades de leer, dyslexia, y dificultades binoculares a precios reducidos.

## TERMINACION DE BENEFICIOS

1. En la fecha de expiracion.
2. En la fecha que entro tiempo completo al servicio militar.
3. Cuando un dependiente llege a la edad de 26 años o antes de casarse.
4. El Plan reserva el derecho, si, despues de esfuerzos razonables para establecer y mantener relaciones satisfactorias entre optometrista y paciente/miembro fallen, los derechos de dicho miembro y otros miembros de la familia bajo contrato, seran terminados el ultimo dia del mes en el cual el aviso de terminacion ocurrio.
5. En el evento que las cuotas o pagos sean delincuentes, servicios y beneficios bajos el Plan seran terminados el ultimo dia del mes en el cual la delincuencia ocurrio.
6. Permitir o cometer fraude. En el evento de terminacion, el Plan completara todo procedimiento contratado descrito bajo "Beneficios Principales y Cobertura."

## EXCLUSIONES PRINCIPALES Y LIMITACIONES

1. Servicios recibidos gratuitamente de municipalidades, condados o otras agencias.
2. Servicios que son cubiertos bajo la ley de "Compensacion al Trabajador." Esta exclusion no se aplica a recipientes de Medi-Cal.
3. Cirugia o tratamiento medica a los ojos. (exámenes relacionados con dilatacion o exámenes extensos)
4. Servicios no seran posibilitados de administrar por salud del paciente.
5. Cualquier procedimiento dental cosmetico, electivo o estetico.
6. Administracion de medicamentos.
7. Anestesia general.
8. Perdida o robo de dentaduras o puentes.
9. Tratamiento de síndrome de la articulacion temporomandibular.

## PROCEDIMIENTO DE QUEJAS

El "Department of Managed Health Care" de California es responsable de regular los planes de servicio de asistencia medica. Si usted tiene una queja contra su Plan de salud, usted primero deberia llamar por telefono a su Plan al **800-400-4VPA** y usar el proceso de queja del Plan antes deponerse en contacto con el departamento. Utilizando este proceso de queja no prohíbe ninguno de los derechos legales o remedios potenciales que puedan ser disponibles para usted. Si usted necesita asistencia con un problema relacionado con una emergencia, un problema que no se haya resuelto satisfactoriamente con el Plan, o una queja que ha permanecido irresuelta por mas de 30 dias, usted puede llamar al departamento para recibir asistencia. Usted tambien podria calificar para la Revision Medica Independiente (IMR). Si usted califica para el IMR, el proceso de IMR proveera una revision imparcial de decisiones medicas hechas por el Plan de salud relacionado con la necesidad medica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o para investigacion y disputas de pagos para emergencia o servicios medicos urgentes. El departamento tiene un numero telefonico gratuito **1-888-HMO-2219** y una linea **TDD 1-877-688-9891** para personas con problemas auditivos o de habla. El departamento tiene formas de queja, formas de aplicacion para el IMR e instrucciones por Internet en [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov).

## SUMMARIO DE BENEFICIOS

ESTE FOLLETO ES UNICAMENTE UN RESUMEN DEL PLAN DE VISION. EL CONTRATO DEL PLAN TENDRA QUE SER CONSULTADO PARA DETERMINAR LAS REGLAS, NORMAS Y CONDICIONES EXACTAS. UNA COPIA DE EL CONTRATO ESTA DISPONIBLE EN LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LOS PLANES, A SU PETICION.

Plan Administered by:  
**Vision Plan of America and  
California Dental Network  
1-800-400-4VPA**

[www.VisionPlanOfAmerica.com](http://www.VisionPlanOfAmerica.com)

*"Enfocados En Calidad"*

# 4 Planes Accesibles Dental y Vision

**UNETE HOY!**  
**800-400-4872**

(para problemas auditivos marque 711)

**SIN Problemas  
SIN Deducibles  
SIN Formas de Reclamos  
SIN Peridos de Espera  
SIN Condiciones Existentes  
Apravado Garantizado**

**INDIVIDUALES  
PAREJAS  
FAMILIAS**

# Planes Para Individuales y Familias

## "4 Planes Proteger a Ti y a Tu Familia"

www.VisionPlanOfAmerica.com

### Dental y Vision Copagos Miembros

### Beneficios

DENTAL	Codigo ADA	Emerald Dental y Vista	Best Choice Dental y Vista	VIP Premier Solo vista	California Plan Solo vista
Visita a la clinica	D9430	N/C	\$5.00		
Examen oral	D0150	N/C	N/C		
Radiografias	D0210	N/C	N/C		
Corona de Porcelana	D2751	\$105.00	\$275.00		
Profilaxis (Limpieza)	D1110	N/C	N/C		
Endodoncia (EFR)	D3310	\$45.00	\$125.00		
Restauracion con amalgam 1 superficie	D2140	\$2.00	\$10.00		
Dentadura Arriba o abajo	D5110/20	\$90.00	\$350.00		
Additional dental procedures are covered. Please see the complete schedule for services and co-payments.					

VISTA	Frecuencia de beneficio	Emerald Dental y Vista	Best Choice Dental y Vista	VIP Premier Solo vista	Utilice tantas veces como to desee
Evaluacion de Eye Exam	cada 12 meses	N/C + Anual Copagos	\$36.00	N/C + Anual Copagos	\$36.00
Lentes S/V estandar	cada 12 meses	N/C	\$42.00	N/C	\$42.00
B/F polarizados	cada 12 meses	N/C	\$55.00	N/C	\$55.00
T/F polarizados	cada 12 meses	N/C	\$79.00	N/C	\$79.00
Lentes progresivos	cada 12 meses	\$115.00	\$139.00	\$115.00	\$139.00
Lentes delgados	cada 12 meses	\$45.00-\$60.00	-20% de descuento	\$45.00-\$60.00	-20% de descuento
Polarizado N. 1 (solo plastico)	cada 12 meses	N/C	N/C	N/C	N/C
Capa Scratch Kote	cada 12 meses	\$22.00	\$20.00	\$22.00	\$20.00
Marcos	cada 12 meses	\$100.00 credito	-25% de descuento	\$100.00 credito	-25% de descuento
Lentes de contacto	cada 12 meses	Varios Copagos y descuentos	Varios Copagos y descuentos	Varios Copagos y descuentos	Varios Copagos y descuentos
LASIK		Copagos aplican see reverse	Copagos aplican see reverse	Copagos aplican see reverse	Copagos aplican see reverse
<b>Copagos Anual</b>		\$25.00 cada miembro	N/A	\$25.00 cada miembro	N/A
<b>Prima Mensual</b>		Individual-\$29 Pareja-\$49 Familia-\$79	Individual-\$15 Pareja-\$25 Familia-\$39	Individual-\$12 Pareja-\$22 Familia-\$33	Individual-\$6 Pareja-\$9 Familia-\$12
<b>Prima Anual SIN cuota de inscripcion</b>		Individual-\$348 Pareja-\$588 Familia-\$948	Individual-\$180 Pareja-\$300 Familia-\$468	Individual-\$144 Pareja-\$264 Familia-\$396	Individual-\$72 Pareja-\$108 Familia-\$144

### DENTAL/VISION FORMA DE INSCRIPCION

## Bienvenidos Y Gracias Por Aplicar

- Paso 1 - Elige un Plan
- Paso 2 - Elige un Metodo de Pago
- Paso 3 - Completa, Firma y Entrega

## 4 Planes Para Escoger:

- Plan Emerald - Dental y Vision
- Plan Best Choice - Dental y Vision
- Plan VIP Premier - Vision Solamente
- Plan California - Vision Solamente

AGENT'S NAME (Print)

--	--	--	--	--	--

**Vision Plan of America**  
**(800) 400-4VPA** (para problemas auditivos marque 711)

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Liste abajo todos sus dependientes elegibles que usted desea cubiertos.

\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

DENTAL CODIGO

VISION CODIGO

Toda la informacion de le aplicacion debe ser recibida antes del 20 de cad mes para ser efectiva el primero del siguiente mes.

Hacer las cheques pagados a: **VISION PLAN OF AMERICA**  
Correo a: **Vision Plan of America, 3255 Wilshire Blvd., Suite 1610, Los Angeles, CA 90010**  
-O- fax **213-384-0084**  
www.VisionPlanOfAmerica.com

Me gustaria pagar mi prima anual completa

	Individual	Pareja	Familia
Emerald	<input type="checkbox"/> \$348.00	<input type="checkbox"/> \$588.00	<input type="checkbox"/> \$948.00
Best Choice	<input type="checkbox"/> \$180.00	<input type="checkbox"/> \$300.00	<input type="checkbox"/> \$468.00
VIP Premier	<input type="checkbox"/> \$144.00	<input type="checkbox"/> \$264.00	<input type="checkbox"/> \$396.00
California	<input type="checkbox"/> \$72.00	<input type="checkbox"/> \$108.00	<input type="checkbox"/> \$144.00

\* SIN cuota de inscripcion

\*\* El pago anual podra realizarse mediante chequeo giro postal pagadero a: "Vision Plan of America"

Me gustaria pagar mis primas mensuales (por ACH o tarjeta de credito)

\*Incluya una cuota unica de inscripcion de \$16.00 con el pago del primer mes. El pago mensuales podra realizarse mediante chequeo giro postal pagadero a: "Vision Plan of America".

	Individual	Pareja	Familia
Emerald	<input type="checkbox"/> \$29.00	<input type="checkbox"/> \$49.00	<input type="checkbox"/> \$79.00
Best Choice	<input type="checkbox"/> \$15.00	<input type="checkbox"/> \$25.00	<input type="checkbox"/> \$39.00
VIP Premier	<input type="checkbox"/> \$12.00	<input type="checkbox"/> \$22.00	<input type="checkbox"/> \$33.00
California	<input type="checkbox"/> \$6.00	<input type="checkbox"/> \$9.00	<input type="checkbox"/> \$12.00

Informacion de pago de la tarjeta de credito:

Visa  Mastercard  Discover  Amex Exp. Fecha \_\_\_\_\_

Credit Card# \_\_\_\_\_

Deseo inscribirme en el programa de Vision Plan of America. Al firmar estoy de acuerdo en que ESTE CONTRATO ES POR UN MINIMO DE 12 MESES a partir de la fecha de vigencia y se renueva cada 12 meses. Entiendo que se ofreceran los servicios necesarios como se describe en la evidencia de cobertura. Por la presente Yo autorizo a **Vision Plan of America** o sus representantes para hacer el cargo a mi tarjeta de credito o cuenta de cheques cada mes por la cuota aplicable Dental y/o de la Vista para que se acredite a mi cuenta con Vision Plan of America. Esta autorizacion debe permanecer en plena vigencia y efecto hasta que yo notifique a Vision Plan of America por escrito de mi decision de terminacion, treinta (30) dias despues de que terminen los beneficios dentales o de la vista. Si se utilizan los beneficios el contrato permanecera en plena vigencia y efecto hasta el final del termino. Esta poliza se puede cancelar en un plazo de tres dias despues de la solicitud, con aviso por escrito a Vision Plan of America.

Firma X \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ASEGURESE DE FIRMAR ESTE FORMULARIO**