Planes Para Individuales y Familias

"4 Planes para protegerte a ti y a tu familia"

www.VisionPlanofAmerica.com

Beneficios — Copagos para miembros del Plan dental/de la visión

DENTAL	Código ADA	Emerald Dental y Vista	Best Choice Dental y Vista	VIP Premier Solo vista	California Plan Solo vista
Visita a la clínica	D9430	N/C	$5.00		
Examen oral	D0150	N/C	N/C		
Radiografías	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		
Restauración con amalgama 1 superficie	D2140	$2.00	$10.00		
Dentadura arriba o abajo	D5110/20	$90.00	$350.00		

Los procedimientos dentales adicionales están cubiertos. Por favor, ver el horario completo de los servicios y copagos.

VISTA	Frecuencia del beneficio	Emerald Dental y Vista	Best Choice Dental y Vista	VIP Premier Solo vista	Utilice tantas veces como lo desee
Evaluación de la visión completa	cada 12 meses	N/C + Anual Copagos	$36.00	N/C + Anual Copagos	$36.00
Lentes S/V estándar	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	-20% de descuento	$139.00	-20% de descuento	$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 plástico)	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 crédito	-25% de descuento	$100.00 crédito	-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 Ver al dorso	Copagos aplican Ver al dorso	Copagos aplican Ver al dorso	Copagos aplican Ver al dorso
Copago Anual		$25.00 cada miembro	N/A	$25.00 cada miembro	N/A
Prima Mensual		Individual-$29 Pareja-$49 Familia-$79	Individual-$15 Pareja-$25 Familia-$39	Individual-$12 Pareja-$22 Familia-$33	Individual-$6 Pareja-$9 Familia-$12
Prima Anual SIN cuota de inscripción		Individual-$348 Pareja-$588 Familia-$948	Individual-$180 Pareja-$300 Familia-$468	Individual-$144 Pareja-$264 Familia-$396	Individual-$72 Pareja-$108 Familia-$144

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PLAN DENTAL/DE LA VISIÓN - FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Bienvenidos y Gracias Por Aplicar

Paso 1 - Usted elige un Plan
Paso 2 - Elige un Método de Pago
Paso 3 - Completa, Firma y Entrega

4 Planes Para Escoger:

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

Nombre del agente (en letra imprenta)_____

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

Nombre_____
Apellido Nombre Inicial

Dirección_____

Ciudad_____ Estado_____ Código Postal _____

Teléfono_____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social_____

Enumere abajo a todos sus dependientes elegibles que desea cubrir.

_____ Fecha de Nacimiento_____

_____ Fecha de Nacimiento_____

_____ Fecha de Nacimiento_____

_____ Fecha de Nacimiento_____

CÓDIGO DENTAL [ ] [ ] CÓDIGO DE VISIÓN

Toda la información de la aplicación se debe recibir antes del 20 de cada mes para que entre en vigencia el primero del siguente mes.

Hacer los 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 gustaría pagar mi prima anual completa**

	Individual	Pareja	Familia
Emerald	☐$348.00	☐$588.00	☐$948.00
Best Choice	☐$180.00	☐$300.00	☐$468.00
VIP Premier	☐$144.00	☐$264.00	☐$396.00
California	☐$72.00	☐$108.00	☐$144.00

* SIN cuota de inscripción
**El pago anual podrá realizarse mediante cheque o giro postal pagadero a: "Vision Plan of America"

☐ **Me gustaría pagar mis primas mensuales (con ACH o tarjeta de credito)**

*Incluya una cuota única de inscripción de $16.00 con el pago del primer mes. El pago mensual podrá realizarse mediante cheque o giro postal pagadero a: "Vision Plan of America".

	Individual	Pareja	Familia
Emerald	☐$29.00	☐$49.00	☐$79.00
Best Choice	☐$15.00	☐$25.00	☐$39.00
VIP Premier	☐$12.00	☐$22.00	☐$33.00
California	☐$6.00	☐$9.00	☐$12.00

☐ **Información de pago de la tarjeta de crédito:**

☐ Visa ☐ Mastercard ☐ Discover ☐ Amex Fecha de exp._____

Número de tarjeta de crédito _____ _____ _____ _____

Deseo inscribirme en el programa de Vision Plan of America. Al firmar estoy de acuerdo en que ESTE CONTRATO ES POR UN MÍNIMO DE 12 MESES a partir de la fecha de vigencia y se renueva cada 12 meses. Entiendo que se ofrecerán los servicios necesarios como se describe en la evidencia de cobertura. Por la presente autorizo a **Vision Plan of America** o sus representantes a que debite mensualmente la cuota mensual aplicable para el plan de Visión de mi tarjeta de crédito o cuenta de cheques para que se acredite a mi cuenta con Vision Plan of America. Esta autorización debe permanecer en plena vigencia y efecto hasta que yo notifique a Vision Plan of America por escrito de mi decisión de terminación, treinta (30) días después de que se rescindan los beneficios dentales o de la vista. Si se utilizan los beneficios, el contrato permanecerá en plena vigencia y efecto hasta el final del término. Esta póliza se puede cancelar en un plazo de tres días después de la solicitud, con aviso por escrito a Vision Plan of America.

Firma X _____

Fecha _____

POR FAVOR ASEGÚRESE DE FIRMAR ESTE FORMULARIO

ASISTENCIA DE IDIOMAS

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

ACCESO A LOS BENEFICIOS DE LASIK

Ahora VPA le ofrece ACCESO al miembro a un plan de precios preferenciales para corregir la visión con láser. El programa de precios preferenciales QualSight ofrece una mejora a su plan de VPA que incluye:

Ahorros - Experiencia - Conveniencia - Financiamiento

Para tener acceso al plan de precios preferenciales por favor llame al: **877-507-4448** de lunes a viernes de 7 a.m. a 9 p.m. y los sábados de 10 a.m. a 5 p.m.

www.Qualsight.com/-vpa

El programa QualSight no es un beneficio asegurado. Vision Plan of America hace que el acceso al programa QualSight se encuentre disponible para sus miembros del plan de precios preferenciales para la cirugía LASIK. Vision Plan of America no hace recomendaciones específicas a favor o en contra del Plan. Todas las representaciones son las de Qualsight.

DETALLES ADICIONALES

- No hay deducibles
- Las condiciones pre-existentes son bienvenidas
- Beneficios de lentes de contacto
- Incrispcion garantizada
- Ortodoncia
- Coronas, Puentes, Dentaduras

¿CÓMO RECIBE LA ATENCION?

Una vez finalizado el procesamiento, usted recibirá una tarjeta de identificación personal. Simplemente llame a la oficina que haya seleccionado para programar una cita como lo haría normalmente. Presente su tarjeta de identificación del plan al momento de su cita. No debe completar formularios de solicitud.

¿CUÁNDO COMENZARÁ A RECIBIR LOS BENEFICIOS?

Las personas que se inscriban antes del día 20 del mes comenzarán a recibir los beneficios el primer día del siguiente mes. Los hijos son elegibles hasta los 26 años.

OTROS CARGOS

El miembro es responsable de los copagos de los servicios escritos en la "DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS Y COPAGOS." Los servicios que no están en la lista se le cobrarán al miembro al precio regular del médico. Estos costos se le pagarán directamente al médico donde usted recibió sus servicios.

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

UNA PRIMA DENTAL/VISIÓN

Dental *y* Visión **4** Planes Excepcionales Para protegerte a usted y a tu familia

¡Tí tu elección!

OPTOMETRISTAS

Nuestros médicos están localizados en todas partes en California. Después de que VPA haya recibido su formulario de inscripción, se le enviará su tarjeta de miembrecia a su domicilio con el nombre, dirección y número telefónico de la oficina del médico que lo atenderá cerca de su hogar. Nuestras listas de referencias incluyen optometristas especializados que hacen examenes de vista para dificultades de leer, dislexia, y dificultades binoculares a precios reducidos.

TERMINACIÓN DE BENEFICIOS

1. En la fecha de vencimiento.
2. A partir de la fecha de entrada en vigor al del servicio militar a tiempo completo.
3. Una vez que los niños alcancen los 26 años de edad.
4. El Plan se reserva el derecho, después de esfuerzos razonables, de establecer y mantener una relación satisfactoria de proveedor/paciente con cualquier miembro y está en condiciones de hacerlo, de finalizar los derechos de ese miembro y otros miembros de su familia en virtud del contrato a partir del último día del mes donde se emite un aviso de terminación.
5. En caso que las tasas o las primas infrinjan la ley, los servicios y los beneficios bajo el PLAN se darán por terminados el último día del mes cuando se produzca la falta.
6. Permitir o cometer fraude. En caso de terminación, el proveedor del plan deberá completar cualquier tratamiento en curso. Se requiere que el miembro pague todas las tasas y primas.

EXCLUCIONES PRINCIPALES Y LIMITACIONES

1. Servicios que se prestan sin costo para el miembro en cualquier municipalidad, condado u otra subdivisión.
2. Servicio prestado al Miembro donde tiene derecho bajo la Ley de Compensación al Trabajador o cualquier ley. Esta exclusión no se aplica al programa de MediCal.
3. Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos (dilatación, pruebas relacionadas con la dilatación y exámenes prolongados) que incluyen campos visuales especializados.
4. Servicios que no se pueden realizar en la oficina de proveedores participantes por cualquier razón, que incluyen la salud general del paciente.
5. Cualquier procedimiento dental con fines cosméticos, electivos o estéticos.
6. Administración de medicamentos.
7. Anestesia general.
8. Pórdida o robo de dentaduras postizas o puentes.
9. Síndrome de articulación temporomandibular.

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS

El "Department of Managed Health Care" de California es responsable de regular los planes de servicio de asistencia médica. Si usted tiene una queja contra su Plan de salud, primero debería llamar por teléfono a su Plan al **1-800-400-4872**(TTY: 711), comunicarse por correo electrónico al www.visionplanofamerica.com o por fax al 213-384-0084 y usar el procedimiento de queja del Plan antes de ponerse en contacto con el departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no prohíbe ninguno de los derechos legales o posible resarcimiento que pueda haber disponible 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 más de 30 días, usted puede llamar al departamento para re-cibir asistencia. Usted También podría calificar para la Revisión Médica Independiente (IMR). Si califica para la IMR, el proceso de IMR proveerá una revisión imparcial de decisiones médicas tomadas por el Plan de salud relacionado con la necesidad médica de un servicio o tra-tamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o para la investigación y disputas de pagos por emergencias o servicios médicos urgentes. El departamento tiene un número telefónico gra-tuito **1-888-HMO-2219** y una línea **TDD 1-877-688-9891** para personas con problemas auditivos o de habla. El depa:tamento tiene fformularios de quejas, formularios de aplicación para IMR e instrucciones por **Internet en www.hmohelp.ca.gov.**

SUMARIO DE BENEFICIOS

ESTE FOLLETO ES ÚNICAMENTE UN RESUMEN DEL PLAN DE VISIÓN. EL CONTRATO DEL PLAN TENDRÁ QUE SER CONSULTADO PARA DETERMINAR LAS REGLAS, NORMAS Y CONDICIONES EXACTAS. UNA COPIA DEL CONTRATO ESTÁ DISPONIBLE EN LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LOS PLANES, A SU PETICIÓN.

Plan administrado por:
Vision Plan of America and California Dental Network
1-800-400-4VPA

www.VisionPlanOfAmerica.com

"Enfocados en la Calidad"

4 Planes Accesibles Dental y Visión

¡Incribase HOY!

800-400-4872

(para problemas audiotivos marque 711)

SIN Problemas
SIN Deducibles
SIN Formularios de Reclamos
SIN Periodos de Espera
SIN Condiciones Existentes
Emisión garantizada

INDIVIDUALES
PAREJAS
FAMILIAS