



Visión Aetna preferida

Los beneficios de cuidado de la vista están disponibles para usted, incluida la cobertura para exámenes de la vista, lentes y marcos estándar, lentes de contacto (en lugar de anteojos) y descuentos para cirugía con láser.

El plan Aetna Vision Care utiliza la red EyeMed Vision Care para ofrecerle una gran selección para elegir. Este plan ofrece la opción de utilizar la atención dentro o fuera de la red, pero recibirá el máximo beneficio si utiliza un proveedor dentro de la red.

Consulte la tabla a continuación para obtener los aspectos más destacados de su cobertura de cuidado de la vista.

Para localizar a los proveedores participantes, vaya a www.aetnavision.com

Los miembros pueden imprimir tarjetas de identificación temporales e información de beneficios registrándose en el sitio web de Aetna.

Carrier	Engage PEO		Engage PEO	
	Aetna		Aetna	
	Visión preferida - Plan bajo		Visión preferida - Plan alto	
	En red	Fuera de la red	En red	Fuera de la red
Examen	Aetna Vision Network		Aetna Vision Network	
	Una vez cada 12 meses rodantes		Una vez cada 12 meses rodantes	
Examen completo ocular de rutina	Copago de \$10	Reembolso de \$20	Copago de \$10	Reembolso de \$20
Ajuste/seguimiento de lentes de contacto estándar	El miembro paga una tarifa con descuento de \$40	No cubierto	El miembro paga una tarifa con descuento de \$40	No cubierto
Ajuste/seguimiento de lentes de contacto premium	El miembro paga el 90% al por menor	No cubierto	El miembro paga el 90% al por menor	No cubierto
Marcos				
Cualquier marco disponible, incluidos los marcos para gafas de sol recetadas	Subsidio de \$130** Saldo adicional del 20% de descuento sobre el subsidio	Reembolso de \$65	Subsidio de \$180** 20% adicional de descuento sobre la asignación.	Reembolso de \$99
Lentes de anteojos/Opciones de lentes	Una vez cada 12 meses para comprar 1 par de lentes de anteojos O 1 pedido de lentes de contacto		Una vez cada 12 meses para comprar 1 par de lentes de anteojos O 1 pedido de lentes de contacto	
Plástico estándar Lentes de visión	\$25 Copago	Reembolso de \$10	Copago de \$10	\$35 Reimbursement
Lentes de visión bifocales de plástico estándar	\$25 Copago	Reembolso de \$25	Copago de \$10	Reembolso de \$55
Lentes de visión trifocales de plástico estándar	\$25 Copago	Reembolso de \$55	Copago de \$10	Reembolso de \$90
Lentes de visión lenticulares de plástico estándar	\$25 Copago	Reembolso de \$55	Copago de \$10	Reembolso de \$100
Lentes de visión Progressive estándar	Copago de \$90	Reembolso de \$25	Copago de \$75	Reembolso de \$55
Lentes de visión Premium Progressive	20% de descuento en la venta al por menor menos \$120 de asignación del plan más \$90 de copago = miembro de bolsillo	Reembolso de \$25	20% de descuento en la venta al por menor menos \$120 de asignación del plan más \$75 Copago = miembro de su bolsillo	Reembolso de \$55
Lentes de Contacto				
Lentes de contacto convencionales	de \$130** 15% adicional de descuento sobre la asignación	Reembolso de \$90	Asignación de \$180** 15% de descuento adicional sobre la asignación	Reembolso de \$144
Lentes de contacto desechables	Asignación de \$130	Reembolso de \$90	Asignación de \$180	Reembolso de \$144
Lentes de contacto médicamente necesarias	\$0 Copago	Reembolso de \$200	\$0 Copago	Reembolso de \$220
descuentos de red (los descuentos no se pueden combinar con ningún otro descuento u oferta promocional y es posible que no estén disponibles en todas las marcas)				
Anteojos o gafas de sol recetadas adicionales	Hasta un 40% de descuento			
Lasik Laser Vision Correction o PRK de U.S. Laser Network4 solamente. Llame al 1-800-422-6600	15% de descuento en la venta al por menor o 5% de descuento en el precio promocional			

* Consulte el diseño de su plan o el documento de póliza para obtener detalles completos de los beneficios