

Acerca de su plan

Humana sabe que una buena salud de la vista es importante para la salud general. Es por eso que nos comprometemos a asegurarnos de que los afiliados obtengan el máximo valor de su beneficio para la vista.

Hacerse controles oculares todos los años puede ayudar a detectar complicaciones relacionadas con la vista, como glaucoma, cataratas y retinopatía diabética, la principal causa de ceguera entre los adultos¹ y la complicación ocular más común en los pacientes diabéticos².

Con el plan Humana Vision PLUS, los afiliados tienen acceso a la mayor red de visión de Estados Unidos*, con optometristas y oftalmólogos en más de 214,000 puntos de acceso†, incluidas tiendas minoristas independientes y nacionales, como LensCrafters®, Pearle Vision® y Target Optical®. Visite [Humana.com/FindCare](https://www.humana.com/FindCare) para encontrar un proveedor de la red cerca de usted.

Mantenerse dentro de la red le ayuda a ahorrar dinero en exámenes de la vista, monturas y lentes.

También tiene acceso a descuentos exclusivos para afiliados que puede utilizar además de su beneficio de la visión; estos no forman parte del plan de seguro. Comuníquese con su proveedor o consulte el localizador de proveedores en línea para determinar qué proveedores participantes han aceptado la tarifa con descuento. Se agregan nuevas ofertas con frecuencia, así que eche un vistazo antes de programar su próximo examen de la vista.

Quién se puede inscribir en este plan – Todas las personas se pueden inscribir en este plan.

Cómo funciona su plan

Como afiliado del plan Humana Vision PLUS, usted puede:

- Utilizar el localizador de proveedores en línea para encontrar un proveedor de cuidado de la vista de la red en [Humana.com/FindCare](https://www.humana.com/FindCare).
- Comprar artículos para la vista y lentes de contacto en el consultorio del proveedor o en línea con una receta válida.
- Permanecer dentro de la red para reducir sus gastos de desembolso personal, y su proveedor dentro de la red manejará la documentación de las reclamaciones.

Este plan no tiene períodos de espera.

Servicios de cuidado de la vista

Dentro de la red

Fuera de la red

Examen (uno cada 12 meses desde la última fecha de servicio)

• Examen	Copago de \$0	Subsidio de \$30
• Imágenes de la retina	\$39	No hay cobertura

Opciones de exámenes de lentes de contacto (uno cada 12 meses desde la última fecha de servicio)

• Ajuste de lentes de contacto estándar y seguimiento	\$0	No hay cobertura
• Ajuste de lentes de contacto premium y seguimiento	10% de descuento sobre el precio minorista	No hay cobertura

Monturas (una cada 12 meses desde la última fecha de servicio)

• Monturas	Copago de \$0 Subsidio de \$250 (20% de descuento del saldo superior a \$250)	Subsidio de \$200
------------	---	-------------------

Opciones de lentes (uno cada 12 meses desde la última fecha de servicio)

• Monofocales	Copago de \$10	Subsidio de \$25
• Bifocales	Copago de \$10	Subsidio de \$40
• Trifocales	Copago de \$10	Subsidio de \$55
• Lenticulares	20% de descuento sobre el precio minorista	No hay cobertura
• Lentes progresivos - estándar (complemento a bifocales)	Copago de \$65	Subsidio de \$65
• Lentes progresivos - nivel 1	\$100	No hay cobertura
• Lentes progresivos - nivel 2	\$110	No hay cobertura
• Lentes progresivos - nivel 3	\$125	No hay cobertura
• Lentes progresivos - nivel 4 ³	\$90; 20% de descuento del precio minorista menos un subsidio de \$120	No hay cobertura
• Capa antirrefleitora - estándar	\$25	No hay cobertura
• Capa antirrefleitora - nivel 1 premium	\$25	No hay cobertura
• Capa antirrefleitora - nivel 2 premium	\$68	No hay cobertura
• Capa antirrefleitora - nivel 3 premium	20% de descuento sobre el precio minorista	No hay cobertura
• Fotocromático - sin vidrio	\$75	No hay cobertura
• Protección ultravioleta	\$0	No hay cobertura
• Tinte (liso y con gradiente)	\$0	No hay cobertura
• Recubrimiento estándar contra rayaduras - plástico	\$0	No hay cobertura
• Policarbonato estándar - mayores de 19 años	\$20	No hay cobertura

Servicios de cuidado de la vista (continuación)

Dentro de la red

Fuera de la red

Opciones de lentes (continuación) (uno cada 12 meses desde la última fecha de servicio)

- | | | |
|--|--|------------------|
| • Policarbonato estándar - tener 18 años o menos | \$0 | No hay cobertura |
| • Otros complementos y servicios | 20% de descuento sobre el precio minorista | No hay cobertura |

Lentes de contacto (en lugar de lentes; uno cada 12 meses desde la última fecha de servicio)[‡]

- | | | |
|----------------------------------|---|-------------------|
| • Convencionales | Subsidio de \$200 (15% de descuento del saldo superior a \$200) | Subsidio de \$92 |
| • Desechables | Subsidio de \$200 | Subsidio de \$92 |
| • Necesarios por razones médicas | Copago de \$0 | Subsidio de \$200 |

Corrección de la vista con láser

- | | | |
|---|--|------------------|
| • Lasik o queratectomía fotorrefractiva (PRK) de U.S. Laser Network | 15% de descuento del precio minorista o 5% de descuento del precio promocional | No hay cobertura |
|---|--|------------------|

Ofertas especiales

- | | | |
|--------|--|------------------|
| • Otro | 20% de descuento sobre el precio minorista en artículos no cubiertos por el plan ^{**} | No hay cobertura |
|--------|--|------------------|

* Según los datos de la red EyeMed Insight y el análisis de las mayores redes de los competidores a través de los datos de los competidores, 2023.

† Según los datos de la red de Humana, último acceso en octubre de 2025.

‡ El plan permite al afiliado recibir lentes de contacto o servicios de armazones y lentes.

** Obtenga un 40% de descuento en un segundo par completo de anteojos recetados en proveedores dentro de la red participantes. Simplemente pregúntele a su proveedor y luego elija sus monturas y lentes.

Las ofertas y descuentos especiales no son un seguro. Estos solo están disponibles a través de proveedores dentro de la red participantes y están sujetos a cambio sin previo aviso.

Detalles adicionales

El afiliado puede recibir un descuento del 20% en artículos no cubiertos por el plan en ubicaciones dentro de la red. El descuento no se aplica a los servicios profesionales del proveedor ni a los lentes de contacto. Los descuentos del plan no se pueden combinar con otros descuentos u ofertas promocionales. En ciertos estados, es posible que se requiera que los afiliados paguen la tarifa minorista completa y no la tarifa de descuento negociada con ciertos proveedores participantes. Consulte nuestro localizador de proveedores en línea para determinar qué proveedores participantes han aceptado la tarifa con descuento. Es posible que los descuentos en materiales de visión no se apliquen a los productos de ciertos fabricantes. El Plan se reserva el derecho de realizar cambios en los productos de cada nivel y en los costos de bolsillo del afiliado. Los precios fijos reflejan las marcas en el nivel de producto indicado. No todos los proveedores están obligados a llevar todas las marcas en todos los niveles. El servicio y los montos enumerados anteriormente están sujetos a cambios en cualquier momento.

Los afiliados pueden recibir un 15% de descuento sobre el precio minorista o pueden recibir un 5% de descuento en cualquier precio promocional para los procedimientos de corrección con láser Lasik o queratectomía fotorrefractiva (PRK, por sus siglas en Inglés). Los procedimientos de corrección Lasik o PRK son proporcionados por U.S. Laser Network, propiedad de LCA Vision. Tenga en cuenta que, dado que el Lasik y la corrección de la visión PRK son procedimientos electivos, realizados por proveedores especialmente capacitados, es posible que este descuento no siempre esté disponible en un proveedor en su ubicación inmediata, por lo que los afiliados primero deben llamar al **844-608-2020** para conocer el centro más cercano y recibir autorización para el descuento.

La persona cubierta es responsable del pago de cualquier cantidad que supere el subsidio. Los subsidios no proporcionan ningún saldo restante para uso futuro dentro de la misma Frecuencia de beneficios.

Información importante: Este plan puede tener un período de contrato inicial mínimo de un año.

Notas al pie:

1. "About Common Eye Disorders and Diseases," Centers for Disease Control and Prevention, consultado por última vez el 6 de octubre de 2025, <https://www.cdc.gov/vision-health/about-eye-disorders>
2. "Diabetic Eye Disease Resources," National Eye Institute, consultado por última vez el 6 de octubre de 2025, <https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/outreach-resources/diabetic-eye-disease-resources>
3. Cálculo de lentes progresivos de nivel 4: Multiplique el precio minorista por 80%, reste el subsidio de \$120 y sume \$90.

Limitaciones y exclusiones

Este es un resumen de las limitaciones y las exclusiones para este plan de Humana Vision PLUS. Está diseñado para una referencia conveniente. Consulte la póliza para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones. Además de cualquier limitación y exclusión que se detallan en las secciones “Programa de beneficios de la póliza” o “Definición”, la póliza no proporciona beneficios para lo siguiente:

Limitaciones – En ningún caso la cobertura excederá la cantidad menor entre:

1. El costo real de los servicios o los materiales cubiertos;
2. Los límites de la póliza, que aparecen en el “Programa”;
3. La tarifa negociada cuando los servicios son prestados por proveedores de la red; o
4. El subsidio, como se indica en el “Programa”, cuando los servicios son prestados por proveedores fuera de la red.

Los materiales cubiertos por la póliza que se pierdan o rompan se reemplazarán solamente a intervalos normales, según se establece en el Programa.

Nosotros pagaremos solamente por el costo básico de los lentes y las monturas que cubre la póliza. Usted es responsable de las selecciones adicionales, incluyendo pero sin limitarse a:

1. Lentes combinados;
2. Lentes multifocales progresivos;
3. Lentes fotocromáticos, lentes con tinte, gafas de sol, recetados y sin graduación;
4. Recubrimiento de lente o lentes;
5. Laminado de lente o lentes;
6. Lentes con surcos, taladrados o con muescas, u ondulados y pulidos;

Exclusiones – No cubriremos:

1. Entrenamiento ortóptico o de la vista y cualquier prueba complementaria asociada;
2. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales, trifocales o progresivos;
3. Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o tejidos anexos; cargos de cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento; y servicios de un anestesiólogo o anestesista; o cualquier servicio pre y posoperatorio;
4. Cualquier servicio o material requerido por un patrono como condición de empleo o artículos de protección ocular, a menos que estén cubiertos por esta póliza;
5. Cualquier lesión o enfermedad que esté cubierta por cualquier ley de Compensación Laboral u otra ley similar;
6. Dispositivos para la vista subnormal, lentes aniseicónicos o lentes no recetados;
7. Cargos incurridos antes de la fecha de vigencia del asegurado principal o después de que finalice la cobertura del asegurado principal conforme a esta póliza;
8. Lentes de contacto, excepto como están cubiertos específicamente en esta póliza;
9. Lentes de índice alto, estilos esféricos y no esféricos;
10. Lente o lentes sobredimensionados por encima de 61;
11. Materiales cosméticos y de venta sin receta, incluidos, entre otros, lentes pintados artísticamente;
12. Servicios o materiales:
 - a. Que son gratis o por los que usted no tendría que pagar si usted no tuviera esta cobertura, a menos que los cargos se reciban del gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias según lo exige la ley y se reembolsen a estos;
 - b. Proporcionados o pagaderos por cualquier plan o ley a través de cualquier subdivisión gubernamental o política (no incluye Medicare ni Medicaid);
 - c. Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que está bajo la administración o que es propiedad del gobierno de los Estados Unidos para cualquier servicio o material relacionado con una enfermedad o lesión física;
13. Cualquier pérdida provocada o empeorada por una guerra o acto bélico, ya sea declarado o no, un acto de conflicto armado internacional, o un conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional;
14. Cualquier servicio o material que no aparezca enumerado como beneficio cubierto en el “Programa”;
15. Cargos por citas incumplidas;
16. Cualquier costo que se presentara por completar formularios;

Limitaciones y exclusiones (continuación)

17. Medicamentos recetados, ya sean dispensados o recetados;
18. Cualquier servicio que determinemos que no es necesario según criterio oftalmológico, no ofrece un pronóstico favorable, no cuenta con respaldo profesional uniforme o se considere un tratamiento o dispositivo de naturaleza experimental o no convencional;
19. Servicios proporcionados por alguien que generalmente viva en la casa de la persona cubierta o que es miembro de la familia;
20. Tratamiento derivado de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional;
21. Ciertos nombres de marcas cuando el fabricante no ofrece descuentos;
22. Costos asociados con el aseguramiento de materiales;
23. Ortoqueratología;
24. Mantenimiento rutinario de materiales;
25. Readaptación o cambio en el diseño de los lentes después de la adaptación inicial, a menos que se permita específicamente en otra parte de esta póliza; y
26. Los lentes de contacto necesarios por razones médicas no están cubiertos para personas cubiertas con antecedentes de cirugía refractiva corneal o electiva (es decir, queratomileusis in situ asistida por láser [Lasik], queratectomía fotorrefractiva [PRK] o queratotomía radial [RK]).

Asegurado por Humana Insurance Company.

Número de póliza: TX-71142

Las solicitudes están sujetas a aprobación. Esta comunicación provee una descripción general de ciertos beneficios identificados como beneficios de seguros y no de seguros provistos bajo uno o más de uno de nuestros planes de beneficios de salud. Nuestros planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones y plazos bajo los cuales la cobertura puede continuar en vigor o interrumpirse. Para obtener información sobre los costos y detalles completos de la cobertura, consulte el documento del plan o llame o escriba a su agente de seguros de Humana o a la compañía. En caso de cualquier desacuerdo entre esta comunicación y el documento del plan, el documento del plan regirá. Los planes no están disponibles en todos los estados. Los beneficios del plan pueden variar por estado. Consulte los documentos del plan para obtener todos los detalles sobre la cobertura.

Los afiliados pueden recibir descuentos en servicios y materiales no cubiertos por el plan de los proveedores de la red. Los afiliados deben comunicarse con su proveedor de la red para determinar qué descuentos pueden estar disponibles.

No se debe enviar dinero a Humana en respuesta a este anuncio y no se puede obtener cobertura según este plan de beneficios de salud sin completar la solicitud de cobertura.

EyeMed (el Proveedor) son proveedores externos. El contrato de Humana con los Proveedores no exime a un afiliado de ninguna obligación conforme a la póliza ni modifica los términos de la póliza. La participación en el programa de Proveedores es voluntaria. Todas las declaraciones y garantías contenidas en este material de mercadeo son efectuadas exclusivamente por los Proveedores, no por Humana. Humana y los Proveedores, incluidas las filiales y subsidiarias respectivas de cada una de las partes, son entidades independientes, no afiliadas. Humana, su empresa matriz y sus filiales no son responsables ante los afiliados en caso de negligencia en la prestación de servicios por parte de los Proveedores.

Todos los nombres de productos, logotipos, marcas y marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños, y cualquier uso no implica respaldo.

Es posible que, por diferencias lingüísticas, los enunciados contenidos en la publicación en otros idiomas diferentes al idioma inglés no reflejen rigurosamente el significado de la póliza original escrita en idioma inglés. En caso de discrepancia, la póliza, tal y como está redactada en inglés, se considera la fuente de referencia.

**INDEPENDENT
PROVIDER
NETWORK**



LENSCRAFTERS

**PEARLE
EST. 1961
VISION**

OPTICALSM

Humana