

SANTA MONICA UNITE HERE HEALTH BENEFIT TRUST FUND

Administered By: Benefit Programs Administration
Telephone • (866) 345-5189 • (562) 463-5075 • FAX (562) 463-5894
www.santamonicauniteherefunds.org

Noviembre 2019

Todos los Participantes Elegibles en
Santa Monica UNITE HERE Health Benefit Trust Fund

**Re: Nuevo VSP Vision Plan
Efectivo January 1, 2020**

Estimados Participantes Elegibles:

La Junta de Síndicos del Fondo de Santa Monica Unite HERE Health Benefit Trust se complace en informarle que, a partir del 1 de enero de 2020, el Fondo ofrecerá nuevos beneficios para la vista proporcionados por el Plan de Servicio de la Visión (VSP). Este nuevo beneficio VSP proporcionará a los participantes y dependientes elegibles materiales de visión, como monturas y lentes.

Los exámenes de la vista estarán disponibles para los participantes y dependientes a través de los planes Health Net y Kaiser HMO. Después de hacerse un examen de la vista con su proveedor médico de Health Net o Kaiser, puede llevar su receta a un médico de la red VSP para obtener sus anteojos o lentes de contacto.

VSP tiene una extensa red de médicos en todo Estados Unidos. Para encontrar un médico de VSP que sea adecuado para usted y sus dependientes, puede visitar vsp.com o llamar a VSP al (800) 877-7195. Una vez que haya localizado un médico de VSP, puede llamar al consultorio del médico directamente para programar una cita.

No se necesitan tarjetas de identificación ni formularios de reclamo para completar cuando se usa un médico de VSP; simplemente informe al médico que es miembro de VSP.

El plan de visión VSP proporciona a los participantes y dependientes elegibles la siguiente cobertura de visión cuando se utiliza un médico de la red VSP.

| FREQUENCY OF BENEFITS | |
|-----------------------|---|
| Exams | Not Covered (covered through Health Net or Kaiser) |
| Lenses | 1 pair every 24 months |
| Frames | 1 every 24 months |
| IN-NETWORK BENEFITS | |
| Benefit | Participant Cost |

| | |
|---|---|
| Standard plastic lens: | |
| Single vision | \$0 copay |
| Bifocal | \$0 copay |
| Trifocal | \$0 copay |
| Standard Progressive lenses | \$0 copay |
| Premium Progressive lenses | Premium: \$95-\$105 copay Custom: \$150-\$175 copay |
| Frames: | |
| Basic | You pay 80% of cost above \$120 allowance |
| Featured Brands | You pay 80% of cost above \$140 allowance |
| Lens Options: | |
| UV coating | \$10 - \$16 copay |
| Tint (solid and gradient) | \$0 copay |
| Standard polycarbonate | \$31 copay (\$35 if multifocal lens) |
| Standard anti-reflective coating | \$41 copay |
| Other add-ons | Most lens enhancements are covered with fixed copays, saving members an average of 25%. All other lens enhancements receive a 20% discount. |
| Contact Lenses: | |
| Conventional or Disposable | You pay 100% of cost above \$120 allowance, available every 24 months in lieu of glasses |
| Medically necessary contact lenses | \$0 copay |
| Contact Lens Exam Options: | |
| Standard contact lenses - fit/follow-up | Discounted 15%, and covered in full after \$60 deductible |
| Premium contact lenses - fit/follow-up | Discounted 15%, and covered in full after \$60 deductible |
| Laser vision correction | |
| Lasik or PRK | You pay 85% of retail cost |
| Additional Pairs of Glasses | You pay 80% of retail cost |
| OUT-OF-NETWORK BENEFITS | |
| The VSP Benefit provides out-of-network benefits, but you will generally have more out of pocket costs if you do not use a VSP network doctor. For information about out-of-network benefits, contact VSP or the Administrative Office. | |

Si tiene alguna pregunta con respecto al nuevo plan de visión **VSP**, por favor comuníquese con la Oficina Administrativa.

Sinceramente,

El Patronato

Santa Monica UNITE HERE Health Benefit Fund