AMERICA'S BEST
VISION PLAN

***PROPORCIONADO POR* FIRSTSIGHT VISION SERVICES, INC.**
1202 Monte Vista Avenue, Suite 17
Upland, California 91786
(800) 841-2790
www.abvisionplan.com

AFILIACIÓN DE 2 PARES Y EXAMEN OFTALMOLÓGICO PARA INDIVIDUOS

MATRIZ UNIFORME DE COBERTURA DE PLAN DE SALUD Y BENEFICIOS

COPAGOS Y DEDUCIBLES:

ESTA MATRIZ PRETENDE UTILIZARSE PARA AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS CUBIERTOS Y CONSTITUYE SOLAMENTE UN RESUMEN. DEBE CONSULTARSE LA EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL CONTRATO DEL PLAN PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA.

Cualquier beneficio proporcionado conforme al presente Contrato puede duplicar los servicios de oftalmología pediátricos proporcionados por un plan médico de servicios completos.

TARIFA DE AFILIACIÓN: $95.00

DEDUCIBLES:	NINGUNO
MÁXIMO DE POR VIDA:	NINGUNO
SERVICIOS PROFESIONALES: Examen oftalmológico (incluye examen de fondo, conforme se indique)	Ningún copago
Dos pares de anteojos recetados (se requiere una receta actual y válida del Miembro) • Lentes de plástico sin recubrimiento unifocales • Las monturas deben elegirse del grupo de monturas de $79.95	Ningún copago
Exámenes oftalmológicos posteriores	Copago de $10 (por cada examen oftalmológico)

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES PRINCIPALES: • No incluye un examen ni ajuste de lentes de contacto • La compra de productos y servicios ópticos adicionales del Miembro que no sean Beneficios y estén disponibles de un Proveedor de red u otro proveedor de atención médica corre por cuenta del Miembro • Cualesquiera mejoras o características adicionales de monturas o lentes corren por cuenta del Miembro y no forman parte de los Beneficios • Se requiere una receta actual y válida para sus anteojos • Ambos pares de anteojos deben contener la receta del Miembro • Las monturas deben elegirse del grupo de monturas de $ • Los lentes son de plástico sin recubrimiento • Todos los beneficios deben ser proporcionados por un Proveedor de red • Todos los beneficios deben ser proporcionados durante su período de afiliación de un año	
SERVICIOS AMBULATORIOS:	NINGUNO
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:	NINGUNO
COBERTURA MÉDICA DE EMERGENCIA:	NINGUNO
SERVICIOS DE AMBULANCIA:	NINGUNO
COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS:	NINGUNO
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS:	NINGUNO
SERVICIOS DE SALUD MENTAL:	NINGUNO
SERVICIOS DE DEPENDENCIA QUÍMICA:	NINGUNO
SERVICIOS MÉDICOS A DOMICILIO:	NINGUNO
OTRO:	NINGUNO

AMERICA'S BEST VISION PLAN
***PROPORCIONADO POR* FIRSTSIGHT VISION SERVICES, INC.**
1202 Monte Vista Avenue, Suite 17
Upland, California 91786
(800) 841-2790
www.abvisionplan.com

PLAN DE AFILIACIÓN DE 2 PARES Y EXAMEN OFTALMOLÓGICO

CONTRATO DE SERVICIOS INDIVIDUALES Y EVIDENCIA DE COBERTURA PARA BENEFICIOS DE ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

ESTE CONTRATO DE SERVICIOS INDIVIDUALES Y EVIDENCIA DE COBERTURA CONTIENE TODOS LOS TÉRMINOS Y LAS CONDICIONES DEL PLAN DE AFILIACIÓN DE *2 PARES DE ANTEOJOS Y EXAMEN OFTALMOLÓGICO DE AMERICA'S BEST VISION PLAN*. EL SOLICITANTE DEBE REVISARLO ANTES DE INSCRIBIRSE. POR FAVOR LÉALO EN SU TOTALIDAD. LAS PERSONAS CON NECESIDADES OFTALMOLÓGICAS ESPECIALES DEBEN LEER DETENIDAMENTE AQUELLAS SECCIONES QUE SE APLIQUEN A ELLAS.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA ACERCA DE ESTE PLAN, COMUNÍQUESE CON **FIRSTSIGHT VISION SERVICES, INC.** al **(800) 841-2790**.

PERÍODO DE AFILIACIÓN: Un año (365 días) a partir de la fecha en que se inscribe y paga su tarifa de afiliación

Le damos la bienvenida al **America's Best Vision Plan** (denominado "**America's Best Vision Plan**" o el "**Plan**"). Este Contrato de servicios individuales y evidencia de cobertura para beneficios de atención oftalmológica (denominado el "**Contrato**") describe los Beneficios disponibles para nuestros Miembros con la **Afiliación de 2 pares y examen oftalmológico**. Proporcionamos exámenes oftalmológicos y 2 pares de anteojos recetados conforme a este Plan de afiliación.

Para convertirse en un Miembro, llame o visite nuestro sitio web para programar una cita o para inscribirse, o entre a cualquier sucursal de America's Best Contacts & Eyeglasses en California, nuestro Proveedor de lentes y accesorios de la red. Cuando nos entrega a nosotros o a su Proveedor de lentes y accesorios su Formulario de inscripción firmado con su Tarifa de afiliación, está inscrito como Miembro y puede recibir sus Beneficios conforme a lo descrito en este Contrato.

Puede recibir una copia de este Contrato en cualquier momento descargándola en nuestro sitio web o solicitándola en una sucursal de America's Best Contacts & Eyeglasses. Por favor lea detenidamente este Contrato, de modo que pueda comprender todas nuestras obligaciones y todas sus responsabilidades.

Tenga presente que los servicios de oftalmología pediátricos para niños de hasta 19 años pueden proporcionarse como un beneficio esencial conforme a su plan médico de servicios completos. Cualquier beneficio proporcionado conforme al presente Contrato puede duplicar los beneficios de los servicios de oftalmología pediátricos proporcionados por un plan de salud de servicios completos.

PRIVACIDAD: SU PRIVACIDAD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS. EL PLAN NO DIVULGARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA RELACIONADA CON SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA CONFIDENCIALES AL MIEMBRO PRINCIPAL, SI LOS HUBIERA, NI A NINGÚN OTRO MIEMBRO, SIN SU AUTORIZACIÓN EXPRESA.

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE NUESTRAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS ESTÁ DISPONIBLE Y SERÁ PROPORCIONADA A SOLICITUD O PUEDE VISUALIZARLA O DESCARGARLA EN NUESTRO SITIO WEB.

SERVICIOS GRATUITOS DE ASISTENCIA EN IDIOMAS: Los servicios de asistencia en idiomas, incluido el lenguaje de señas, están disponibles para los miembros de forma gratuita. Puede obtener un intérprete sin costo para hablar con su médico o plan de salud. También puede solicitar los materiales del plan de salud traducidos a su idioma. Para obtener un intérprete o preguntar sobre los materiales escritos traducidos a su idioma, llame al número de teléfono del plan de salud al 1-800-841-2790. Alguien que hable su idioma podrá ayudarle.

DISCAPACIDADES: Para las personas con discapacidades, hay disponibles servicios y ayudas auxiliares, incluidos intérpretes cualificados e información en formatos alternativos. Estos servicios y ayudas son gratuitos y se proporcionarán de forma oportuna cuando sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades a fin de que participen los miembros con discapacidades.

<u>NO DISCRIMINACIÓN:</u> No nos rehusaremos a celebrar el presente Contrato, cancelaremos, declinaremos a renovar, ni nos rehusaremos a restablecer el presente Contrato, ni modificaremos sus términos por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad de cualquier parte o parte potencial del presente Contrato o de cualquier persona que esperemos razonablemente se beneficiará del presente Contrato. Consulte la Sección 12.2 con respecto a su derecho a presentar un reclamo.

Índice:

Parte 1: Definiciones 4
Parte 2: Sus beneficios de afiliación 5
Parte 3: Exclusiones y limitaciones generales de sus beneficios 5
Parte 4: Acceso y uso de sus beneficios 6
Parte 5: Tarifas de afiliación y copagos 8
Parte 6: Renovación de la afiliación 9
Parte 7: Derechos de cancelación y terminación de beneficios 9
Parte 8: Procedimientos de reclamación 9
Parte 9: Participación en las políticas públicas 11
Parte 10: Sus responsabilidades 11
Parte 11: Nuestras responsabilidades 11
Parte 12: Disposiciones generales 11

1. DEFINICIONES

Los términos subrayados a continuación en esta Sección 1 tendrán el significado directamente después del término, a lo largo del presente Contrato:

1.1 Beneficios: Los productos y servicios oftalmológicos que un Miembro tiene derecho a recibir tras el pago de la Tarifa de afiliación y cualquier Copago requerido, conforme al presente Contrato.

1.2 Copago: La tarifa adicional a la Tarifa de afiliación que un Miembro debe pagar a un Proveedor de red para obtener un producto o servicio que sea parte de los Beneficios. Estos Copagos se señalan en la Sección 2.

1.3 Formulario de inscripción: El formulario que usted llena como un paso para convertirse en un Miembro.

1.4 Exclusiones: Aquellos productos y servicios no proporcionados como Beneficios a los Miembros.

1.5 Proveedor de exámenes oftalmológicos: Un oftalmólogo u optometrista responsable de proporcionar el examen oftalmológico que forma parte de sus Beneficios, el cual es un Proveedor de red. Todos los Proveedores de exámenes oftalmológicos operan sus consultorios de atención oftalmológica independientemente de los Proveedores de lentes y accesorios y se encuentran en las instalaciones del Proveedor de lentes y accesorios.

1.6 Proveedor de lentes y accesorios: La oficina de un óptico surtidor autorizado operada por America's Best Contact Lens & Eyeglasses y ubicada en California, que es un Proveedor de red que proporcionará los lentes y accesorios que forman parte de sus Beneficios.

1.7 Limitaciones: Cualquier disposición que no sea un procedimiento o servicio excluido que restringe su cobertura conforme al Plan.

1.8 Miembro: Un individuo que está inscrito en el Plan y tiene derecho a recibir los Beneficios descritos en este Contrato (en ocasiones denominado un "**Inscrito**").

1.9 Tarifa de afiliación: La tarifa de prepago anual que paga al Plan la cual, junto con su presentación del Formulario de inscripción, le otorga derecho a recibir los Beneficios.

1.10 Período de afiliación: El período de tiempo durante el cual es elegible para recibir sus Beneficios, que comienza a partir del día en que presentó su Formulario de inscripción Y pagó su Tarifa de afiliación. Su Período de afiliación se establece en la primera página de este Contrato.

1.11 Proveedor de red: Un Proveedor de exámenes oftalmológicos o un Proveedor de lentes y accesorios que tiene un contrato con el **America's Best Vision Plan** para proporcionar la totalidad o una parte de los Beneficios a Usted.

1.12 Directorio de proveedores: Una lista de las ubicaciones de los Proveedores de lentes y accesorios y Proveedores de exámenes oftalmológicos, en las que puede recibir sus Beneficios.

1.13 Oftalmólogo recomendado: Un oftalmólogo que pueda recomendarle un Proveedor de exámenes oftalmológicos.

1.14 Servicios de telesalud: La prestación de servicios de exámenes oftalmológicos a un Miembro en el consultorio de un Proveedor de red, por parte de un optometrista acreditado de California ubicado en un lugar distante, a través de tecnología de comunicación en tiempo real.

1.15 Número de teléfono gratuito: El número de teléfono asociado al **America's Best Vision Plan** y operado por FirstSight Vision Services.

1.16 Nosotros, Nos y Nuestro (en mayúsculas o no): **America's Best Vision Plan**, proporcionado por FirstSight Vision Services, Inc.

1.17 Usted y Su (en mayúsculas o no): Hace referencia a usted, el individuo que es o se convierte en un Miembro.

2. SUS BENEFICIOS DE LA AFILIACIÓN

Beneficios principales y cobertura

AFILIACIÓN DE 2 PARES DE ANTEOJOS Y EXAMEN OFTALMOLÓGICO	Tarifa de afiliación de $95.00
BENEFICIOS	**CARGOS ADICIONALES**
Tiene derecho a recibir un examen oftalmológico, que incluye un examen de fondo ("**DFE**" o "**dilatación**"), cuando su Proveedor de exámenes oftalmológicos lo considere necesario o de otro modo lo solicite. La dilatación es el procedimiento de colocarle gotas en los ojos para dilatarlos, con el fin de realizar una evaluación más exhaustiva de la estructura interior del ojo.	Ninguno.
Exámenes oftalmológicos posteriores.	Copago de $10 por examen
Dos pares de anteojos recetados con una receta actual y válida del Miembro. • Lentes de plástico sin recubrimiento unifocales • Monturas del grupo de monturas de $79.95	Ninguno.
RECOMENDACIONES	
Si su Proveedor de red considera que debe consultar a otro proveedor de atención médica, su Proveedor de red hará su mejor esfuerzo de hacer una recomendación por los servicios que no sean Beneficios. Esto puede incluir la referencia a un Oftalmólogo recomendado.	Debe pagar todos los servicios que reciba de un proveedor de atención médica que no sea un Proveedor de red, incluyendo todos los servicios que reciba de un Oftalmólogo recomendado.
PRODUCTOS Y SERVICIOS ADICIONALES	
Cualesquiera servicios, productos, o mejoras que compre de uno de nuestros proveedores que no sean Beneficios corren exclusivamente por su cuenta.	

Si tiene alguna pregunta acerca de sus Beneficios, por favor llámenos al **1-800-841-2790.**

3. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES DE SUS BENEFICIOS

Limitaciones

- Es necesaria una receta actual y válida para obtener sus anteojos recetados.
- Ambos pares de anteojos deben contener la receta del Miembro.

Exclusiones: Servicios que **no** proporcionaremos

Como Miembro, tiene derecho a recibir únicamente los Beneficios descritos en este Contrato y proporcionados por un Proveedor de red. Sus Beneficios no incluyen lo siguiente y deberá comprarlos por su cuenta. No se los reembolsaremos.

- Examen o ajuste de lentes de contacto.
- Lentes que no sean de plástico.
- Recubrimientos o tintes de lentes.
- Mejoras o monturas adicionales que no se incluyen en el paquete de $95.00.
- Garantías o planes de servicio extendido para sus anteojos.
- Productos y servicios adicionales que no sean parte de sus Beneficios, los cuales puede solicitar o que su Proveedor de red puede recomendar. Por ejemplo, su afiliación no incluye servicios:
  - para cualquiera que no sea usted;
  - proporcionados por otro proveedor de atención médica o un Oftalmólogo recomendado;
  - proporcionados antes o después de su Período de afiliación; o
  - que no formen parte de un examen oftalmológico, tales como servicios:
    - para mejorar su percepción visual, su visión binocular o la coordinación de sus ojos;
    - para tratar una diferencia en el tamaño o la forma de sus imágenes oculares;
    - para intentar cambiar la forma de la córnea mediante el uso de lentes de contacto, a fin de reducir el error de refracción;
    - para ayudarlo si tiene visión parcial;
    - para exámenes de oclusión prolongada a fin de ayudar con la atención correctiva especial o un diagnóstico de estrabismo; o
    - para el tratamiento médico o quirúrgico de sus ojos.

4. ACCESO Y USO DE SUS BENEFICIOS

4.1 Fecha de vigencia de la cobertura

Puede recibir sus Beneficios en cualquier momento durante el Período de afiliación cuando se haya inscrito en el Plan, sin período de espera. Está inscrito el día que recibimos su Formulario de inscripción llenado Y su Tarifa de afiliación.

4.2 Identificación requerida

Podemos exigirle que nos proporcione una forma de identificación como una identificación con fotografía al momento de inscribirse y cada vez que acceda a sus Beneficios:

4.3 Elección de Proveedores de exámenes oftalmológicos e instalaciones

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA QUE SEPA DE QUIÉN O DE CUÁLES PROVEEDORES DE RED PODRÁ OBTENER SUS BENEFICIOS.

Debe recibir sus Beneficios en las sucursales de Proveedores de red señaladas en nuestro Directorio de proveedores, al cual puede acceder en abvisionplan.com o solicitar llamando a nuestro Número de teléfono gratuito. Nuestros Proveedores de red se encuentran en las siguientes ubicaciones para los Beneficios señalados:

Anteojos: En cualquier sucursal de America's Best Contacts & Eyeglasses ubicada en California
Exámenes oftalmológicos: En cualquier sucursal de un Proveedor de exámenes oftalmológicos ubicada en, o cerca de, las instalaciones de las sucursales de America's Best Contacts & Eyeglasses ubicadas en California.

Cumpliremos su solicitud para ver a un Proveedor de exámenes oftalmológicos en la medida posible. No obstante, si el Proveedor de exámenes oftalmológicos no está disponible, le programaremos una cita o usted podrá realizar una cita con otro Proveedor de exámenes oftalmológicos.

En caso de rescindirse el contrato de un Proveedor de red con **America's Best Vision Plan**, continuaremos siendo responsables de sus Beneficios conforme al presente Contrato. Haremos las previsiones razonables y correspondientes para que otro Proveedor de red asuma el servicio de sus Beneficios. Debe permanecer como Miembro elegible para seguir recibiendo sus Beneficios.

Celebramos contratos con nuestros Proveedores de red y les pagamos por las reclamaciones que nos presentan. No pagaremos una bonificación a ninguna persona para que niegue, reduzca, limite o demore la provisión de sus Beneficios. Si desea obtener más información acerca de estos arreglos, puede solicitarnos información adicional a nosotros o a su Proveedor de red.

Proporcionamos o disponemos sus Beneficios únicamente en un área geográfica específica, conocida como nuestra Área de servicio. Todos los Proveedores de red se encuentran en nuestra Área de servicio.

No disminuiremos los Beneficios durante su Período de afiliación.

4.4 Acceso a sus beneficios

Horario de atención: El horario de atención puede variar según la ubicación pero, generalmente, es desde las 9:00 a. m. hasta las 7:00 p. m., de lunes a viernes; y los sábados desde las 9:00 a. m. hasta las 6:00 p. m. Algunas sucursales pueden estar abiertas los domingos. Debe llamar a la sucursal que visitará para determinar su horario de atención y el horario en el que un Proveedor de exámenes oftalmológicos estará disponible para atenderle.

Citas: Puede recibir sus Beneficios llamando a la sucursal de su Proveedor de red señalada en el Directorio de proveedores para programar una cita o programar la cita en línea en www.abvisionplan.com. Su cita será programada oportunamente conforme a las normas de ejercicio profesional y sus requerimientos médicos. Hay servicios de intérprete a disposición sin cargo conforme sean necesarios y podrán programarse en el momento que realiza su cita.

Personas sin cita previa: La mayoría de las sucursales le permitirán "entrar sin cita previa" para recibir sus Beneficios. No obstante, tenga presente que no podemos garantizar la disponibilidad de una cita, y se atenderá primero a los Miembros con citas programadas. Su Proveedor de exámenes oftalmológicos se asegurará de que usted reciba los exámenes y procedimientos requeridos conforme a las normas de ejercicio reconocidas a nivel profesional.

Receta de anteojos: Si requiere una receta de anteojos, su Proveedor de exámenes oftalmológicos le proporcionará una copia de la receta. Puede comprar sus anteojos (monturas o lentes) de cualquiera que elija, pero para obtener su Beneficio de anteojos, debe obtener sus anteojos en una sucursal de America's Best Contacts & Eyeglasses con una receta actual y válida. Usted o, a su solicitud, su Proveedor de red, puede llamar a la sucursal de cualquier optometrista u oftalmólogo que le haya emitido una receta actual y válida, y que desearía utilizar para recibir los anteojos que forman parte de sus Beneficios.

Exámenes oftalmológicos posteriores: Tiene derecho a recibir exámenes oftalmológicos posteriores en cualquier momento durante su Período de afiliación en la sucursal de su Proveedor de exámenes oftalmológicos. Debe pagar el Copago requerido al momento de recibir su examen oftalmológico.

Servicios de telesalud: Si su Proveedor de red le proporciona servicios de exámenes oftalmológicos de telesalud en su consultorio, proporcionaremos cobertura para los servicios de telesalud de la misma manera y en la misma medida en que somos responsables de cubrir los exámenes oftalmológicos a través del diagnóstico, la consulta o el tratamiento en persona. Su Proveedor de red determinará si puede o no proporcionarle dichos servicios de telesalud. Todos los servicios que se ponen a su disposición a través de la telesalud también están disponibles en persona. Su Proveedor de red debe obtener su consentimiento informado para los servicios de telesalud antes del examen oftalmológico de telesalud.

4.5 Segundas opiniones

Si desea obtener una segunda opinión acerca de una receta o recomendación realizada por su Proveedor de exámenes oftalmológicos, podrá solicitar y recibir un examen oftalmológico con otro Proveedor de exámenes oftalmológicos. Debe pagar el copago requerido por el examen oftalmológico adicional.

4.6 Recomendaciones

Su Proveedor de exámenes oftalmológicos le informará si, conforme a su criterio profesional, debe consultar a otro proveedor de atención médica. Su Proveedor de exámenes oftalmológicos hará el mejor esfuerzo posible para recomendarle el proveedor correspondiente. Si tiene otra cobertura médica conforme a la cual un médico de cabecera (primary care physician, "**PCP**") debe recomendarle con respecto a la atención, su Proveedor de exámenes oftalmológicos intentará coordinar la recomendación a través de su PCP. Si debe consultar a un oftalmólogo y no cuenta con un PCP, su Proveedor de exámenes oftalmológicos le proporcionará el nombre de uno o varios Oftalmólogos recomendados con una ubicación cercana, según corresponda. Los Oftalmólogos recomendados no están asociados al **America's Best Vision Plan** para la prestación de servicios oftalmológicos que no sean los Beneficios. Debe pagar todos los servicios que reciba de cualquier otro proveedor de atención médica. Esto incluye todos los servicios que reciba de un Oftalmólogo recomendado.

4.7 Cobertura de emergencia y fuera del horario de atención**.** Una "afección médica ocular de emergencia" se refiere a una enfermedad o lesión repentina e imprevista relevante a los ojos, incluyendo dolor significativo, enrojecimiento o visión borrosa. Si experimenta una afección médica ocular de emergencia durante el horario de atención habitual, debe llamar a su sucursal del **America's Best Vision Plan** y solicitarle a su Proveedor de exámenes oftalmológicos que determine si debe programar una cita o derivarlo a la instalación de emergencias más cercana. Debe acudir inmediatamente a la sala de urgencias más cercana si su emergencia ocurre fuera del horario de atención. No proporcionamos ni pagamos atención ni servicios de emergencia que no formen parte de las citas programadas con un Proveedor de exámenes oftalmológicos durante el horario de atención habitual.

ANIMAMOS A TODOS LOS MIEMBROS A LLAMAR INMEDIATAMENTE AL 911 SI EXPERIMENTAN UNA AFECCIÓN DE EMERGENCIA QUE REQUIERE UNA RESPUESTA DE EMERGENCIA.

5. Tarifas de afiliación y copagos

5.1 Tarifas de afiliación/tarifas de prepago

Debe incluir el pago de su Tarifa de afiliación en su Formulario de inscripción cuando nos lo proporciona. Puede proporcionar el pago mediante cheque, efectivo o una tarjeta de crédito o débito autorizada. No cambiaremos el monto de su Tarifa de afiliación durante su Período de afiliación.

5.2 Copagos y otros cargos

Debe pagarle al Proveedor de red el Copago que se aplique a los Beneficios que recibe conforme al presente Contrato al momento de recibirlos.

5.3 Qué hacer si recibe una factura por sus Beneficios

No debe recibir una factura por ningún monto que no sea su Copago aplicable, o por un producto o servicio que sea un Beneficio, que reciba en la sucursal de un Proveedor de red. Si recibe una factura y no considera que adeuda los montos establecidos en la factura, envíela a la atención de Servicio al Miembro (Member Services) a nuestra dirección que aparece en la primera página del presente Contrato. Usted es responsable del pago de cualquier producto o servicio que no forme parte de sus Beneficios.

LA LEY DE CALIFORNIA ESTABLECE QUE UN PROVEEDOR DE RED NO PODRÁ COBRARLE NI INTENTAR COBRARLE NINGÚN MONTO QUE LE ADEUDE UN PLAN MÉDICO AL PROVEEDOR DE RED.

6. RENOVACIÓN DE LA AFILIACIÓN

Cuando paga su Tarifa de afiliación, comienza a tener derecho a recibir los productos o servicios que comprenden sus Beneficios para su Período de afiliación, con el pago de cualquier Copago aplicable. Al final del Período de afiliación o posteriormente, renovaremos este Contrato a su solicitud si paga su Tarifa de afiliación y no tenemos un motivo justificado para finalizar (rescindir) el presente Contrato. Podemos cambiar la Tarifa de afiliación o los Beneficios al momento de la renovación.

7. DERECHOS DE CANCELACIÓN Y RESCISIÓN DE BENEFICIOS

7.1 Su derecho a anular la inscripción

Usted puede terminar su afiliación o cancelar voluntariamente el presente Contrato en cualquier momento y por cualquier motivo, notificándonos por escrito su intención de cancelar su afiliación.

7.2 Rescisión de beneficios

Podemos finalizar (rescindir) el presente Contrato o rehusarnos a renovarlo si demostramos que usted ha participado en un fraude o una tergiversación intencional de hechos sustanciales conforme a los términos del presente Contrato.

Nosotros le indicaremos mediante aviso por escrito si terminamos este Contrato. El aviso establecerá nuestro motivo y la fecha en la que terminará este Contrato. Podremos hacer que la notificación sea vigente en la fecha de envío por correo si finalizamos el presente Contrato por cualquier fraude o engaño conforme se establece anteriormente.

7.3 Efectos de la finalización del presente Contrato

Si finaliza el presente Contrato por cualquier motivo, nuestra obligación de proporcionarle o coordinarle sus Beneficios finalizará en dicha fecha. Podrá renovar su afiliación o comprar una afiliación diferente conforme a la Sección 6.

Si usted o nosotros finalizamos el presente Contrato, le devolveremos, en un plazo de treinta (30) días, la porción prorrateada de la Tarifa de afiliación que usted pagó y nosotros recibimos que corresponda a los Beneficios que no ha recibido, deduciendo cualquier monto que nos adeude. No le devolveremos ninguna Tarifa de afiliación si finalizamos el presente Contrato por cualquier fraude o engaño conforme se describe en la Subsección 7.2 anterior.

7.4 Su derecho a la revisión

Si usted alega que hemos finalizado el presente Contrato en base a su estado médico o su necesidad o requerimiento de los Beneficios, podrá solicitar una revisión al Director del Departamento de Atención Médica Gestionada. Puede presentar primero una queja formal ante nosotros conforme a nuestros Procedimientos de queja formal establecidos en la Sección 8, pero no le exigimos hacerlo.

8. PROCEDIMIENTOS DE QUEJA FORMAL

8.1 Presentación de una queja formal

Si tiene un reclamo o desea expresar su insatisfacción con nuestros servicios relevantes al presente Contrato, háganos saber para que podamos resolverlo de inmediato. Esto puede incluir un reclamo acerca de un Proveedor de red, la calidad de la atención que recibió, o los servicios que recibió o no recibió. También puede incluir un reclamo acerca de una recomendación o acerca de cualquier otro asunto que considere importante.

Puede comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta, controversia o reclamo, presentar una queja formal u obtener un formulario de reclamo por escrito, de las siguientes maneras:

- Visite nuestro sitio web en **www.abvisionplan.com**
- Envíenos un correo electrónico a memberservices@abvisionplan.com
- Llámenos al **1-800-841-2790**
- Envíenos un fax al 1-866-698-7733
- Visite cualquier sucursal de **America's Best Vision Plan**
- Escriba a la atención de Servicio al Miembro (Member Services) a la siguiente dirección:

  America's Best Vision Plan
  Attn: Grievance Administrator.
  1202 Monte Vista Avenue, Suite 17
  Upland, California 91786

Trabajaremos con usted para resolver su reclamo conforme a nuestros procedimientos de queja formal establecidos. Podrá presentar una queja formal verbal llamando al número de teléfono señalado anteriormente o llenando un formulario de reclamo por escrito. Los formularios de queja formal por escrito están disponibles en inglés y español en la sucursal de cada Proveedor de red, en el sitio web y en la sede del **America's Best Vision Plan**. El personal que atienda el número de teléfono anterior o que se encuentre en la sucursal de un Proveedor de red estará a disposición para ayudarle a llenar el formulario.

Reconoceremos la recepción y resolución de su queja formal escrita conforme a la Sección 1368 del Código de Salud y Seguridad y el Título 28 del Código de Reglamentaciones de California, Sección 1300.68. Agilizaremos nuestra revisión de su reclamo en los casos que involucren una amenaza inminente y grave para su salud, lo que incluye, a título enunciativo pero no limitativo, el dolor grave o la posible pérdida de la vida, una extremidad o una función corporal importante. Conforme a nuestros procedimientos de revisión agilizada, les brindaremos a usted y al Departamento de Atención Médica Gestionada una declaración escrita sobre la resolución o el estado de su reclamo en un plazo de tres (3) días posteriores a la fecha en que recibamos el reclamo.

8.2 Departamento de Atención Médica Gestionada de California

El Departamento de Atención Médica Gestionada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan salud al **1-800-841-2790** y utilizar el proceso de queja formal de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de queja formal no le prohíbe posible derecho o recurso legal alguno que pueda estar a su disposición. Si requiere ayuda con una queja formal que involucre una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud, o una queja formal que ha permanecido sin resolverse durante más de treinta (30) días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También puede ser elegible para una Revisión médica independiente (Independent Medical Review, "IMR"). Si es elegible para una IMR, dicho proceso realizará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones sobre la cobertura de tratamientos que sean de naturaleza experimental o investigativa, y las disputas sobre el pago por servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea con dispositivo de telecomunicaciones para sordos TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidades auditivas o del habla. El sitio web del departamento, http://www.dmhc.ca.gov**, cuenta con formularios de reclamo, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.**

Puede presentar su reclamo o queja formal al Departamento para su revisión después de que haya participado en nuestro proceso de queja formal durante por lo menos treinta (30) días. Si su queja formal involucra una amenaza inminente y grave para su salud (lo que incluye, a título enunciativo pero no limitativo, el dolor grave o la pérdida potencial de la vida, una extremidad o una función corporal importante), puede presentar la queja formal ante el Departamento sin esperar treinta (30) días. En tal situación, le informaremos de inmediato sobre su derecho de notificarle su reclamo al Departamento de Atención Médica Gestionada.

9. PARTICIPACIÓN EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Hemos establecido un Comité de Políticas Públicas para permitirles a los Miembros hacer recomendaciones con respecto a las formas en las que podemos asegurar su comodidad, dignidad y conveniencia, así como para mejorar nuestros servicios o atención. El Comité puede revisar la naturaleza, el volumen y la resolución de los reclamos que recibimos. Puede presentar comentarios comunicándose con nosotros al número de teléfono gratuito. Cualquier cambio sustancial que afecte nuestras políticas públicas les será comunicado a nuestros Miembros.

10. SUS RESPONSABILIDADES

Usted tiene ciertas responsabilidades en virtud del presente Contrato. Debe cumplir con todos los términos del presente Contrato que le exigen tomar acciones específicas o le prohíben hacerlo. Esto incluye, por ejemplo, pagar la Tarifa de afiliación, los Copagos y otros cargos que puedan aplicarse. Consulte la Sección 5 del presente Contrato. También es responsable de cumplir las instrucciones y órdenes del Proveedor de red con respecto a su atención oftalmológica,
incluyendo el seguimiento a cualquier examen o referencia recomendada.

11. NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Si paga su Tarifa de afiliación y cumple con los términos del presente Contrato, le proporcionaremos sus Beneficios: los productos y servicios de atención oftalmológica que hemos acordado proporcionarle.

12. DISPOSICIONES GENERALES

12.1 Rescisión de proveedores; determinadas notificaciones. Si se ha programado que reciba Beneficios de un Proveedor de red que ya no está asociado con nosotros al momento de su cita, usted, nosotros o un Proveedor de red podemos programarle una cita con otro Proveedor de red en la misma ubicación si la ubicación permanece abierta, o en la ubicación de otro Proveedor de red. Intentaremos tomarlo en cuenta con respecto a su preferencia de una ubicación.

12.2 No discriminación. No nos rehusaremos a celebrar el presente Contrato, cancelaremos, declinaremos a renovar, ni nos rehusaremos a restablecer el presente Contrato, ni modificaremos sus términos por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad de cualquier parte o parte potencial del presente Contrato o de cualquier persona que esperemos razonablemente se beneficiará del presente Contrato. Si cree que fue discriminado, puede presentarnos una queja formal por discriminación en virtud de nuestros Procedimientos de queja formal en la Sección 8. Tiene derecho a presentar un reclamo por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si tiene alguna inquietud relacionada con discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puede presentar su reclamo por escrito, por teléfono o en línea.

Por teléfono: 1-800-368-1019 (TTY 711 o 1-800-537-7697)

Por correo postal: Se puede acceder al formulario de reclamo en https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-60-day-frn-cr-crf-complaint-forms-508r-11302022.pdf. El formulario completado puede enviarse a la OCR a la siguiente dirección: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Bldg, Washington, D.C. 20201

Por correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov.

En línea: Visite el Asistente del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf

Para obtener más información sobre el proceso de reclamos de la OCR, visite https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.

12.3 Sin excepciones a la cobertura de Medi-Cal. Este Contrato no proporciona ninguna excepción para otra cobertura donde la otra cobertura da derecho a: (i) beneficios de Medi-Cal conforme al Capítulo 7 o Capítulo 8, Parte 3 de la División 9 del Código de Bienestar Público e Instituciones de California; o (ii) beneficios de Medicaid conforme al Subcapítulo 19, Capítulo 7 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Este Contrato tampoco establece exención alguna para inscripción porque usted tenga derecho a beneficios de Medi-Cal o Medicaid.

12.4. Naturaleza vinculante del presente Contrato y normas relevantes. Al celebrar el presente Contrato, usted acepta todos sus términos. Acepta que lo siguiente constituye su acuerdo de quedar vinculado por este Contrato: (i) firmar su Formulario de inscripción y entregárnoslo; y (ii) pagarnos la Tarifa de afiliación requerida.

12.5 Tarifa por cheque devuelto. Si paga su Tarifa de afiliación mediante un cheque y el banco nos lo devuelve por cualquier motivo, le cobraremos $25.00.

12.6 Avisos. Cualquier aviso requerido o permitido conforme al presente Contrato se considera entregado en la fecha de entrega en el correo postal de los EE. UU., ya sea por servicio certificado, o registrado, con acuse de recibo solicitado y franqueo prepagado. Un aviso también se considera entregado en la fecha en la que se entrega personalmente al destinatario.

Le enviaremos notificaciones a la dirección establecida en su Formulario de inscripción, que incluye cualquier dirección de correo electrónico que pueda tener. Notifíquenos si cambia sus direcciones (incluyendo el correo electrónico), comunicándose con nosotros al Número de teléfono gratuito o enviándonos una notificación escrita a la atención de Servicio al Miembro (Member Services) a nuestra dirección que aparece en la primera página del presente Contrato.

12.7 Contrato completo. El presente Contrato, junto con su Formulario de inscripción y cualquier enmienda o cláusula adicional aplicable, constituye el acuerdo completo entre usted y nosotros con respecto al objeto del presente Contrato y sustituye todos los acuerdos previos y contemporáneos entre usted y nosotros, sean escritos o verbales.

12.8 Incorporación a modo de referencia. Su formulario de inscripción y todos los anexos del presente Contrato, incluyendo cada cláusula adicional y enmienda, se incorpora a modo de referencia al presente Contrato y forma parte del mismo.

12.9 Enmiendas únicamente por escrito. El presente Contrato no podrá enmendarse ni modificarse de ninguna manera excepto mediante una cláusula adicional o enmienda firmada por nosotros, salvo conforme se haya establecido expresamente de otro modo en el presente Contrato.

12.10 Coordinación de los beneficios. El Plan no coordina los beneficios con otros planes o pagadores médicos.

12.11 Sin cesión de su parte. Usted no podrá ceder ninguno de sus derechos ni delegar ninguna de sus obligaciones conforme al presente Contrato sin nuestro consentimiento escrito, excepto conforme se haya establecido expresamente en el presente Contrato.

12.12 Sucesores y cesionarios. Todos los términos del presente Contrato lo vincularán a usted y a todos sus cesionarios, herederos y representantes personales. Todos los términos del presente Contrato nos vincularán a nosotros y a todos nuestros cesionarios y derechohabientes.

12.13 Terceros. Salvo conforme se haya establecido expresamente de otro modo en el presente Contrato, nada de lo aquí contenido creará obligación, estándar de atención o responsabilidad alguna ante cualquiera que no sea usted o nosotros.

12.14 Encabezados. Los encabezados utilizados en el presente Contrato se proporcionan únicamente para facilidad de referencia y no tendrán efecto alguno sobre la interpretación de cualquiera de las disposiciones de este Contrato.

12.15 Renuncias. Cualquier renuncia al cumplimiento de algún término del presente Contrato debe realizarse por escrito y estar firmada por la parte que realiza la renuncia. Si usted o nosotros renunciamos al cumplimiento de cualquier término de este Contrato en cualquier momento, esa renuncia no constituirá: (a) una renuncia al mismo término en cualquier otro momento; o (b) una renuncia a cualquier otro término en cualquier momento.

12.16 Divisibilidad. En el caso de que cualquier término del presente Contrato se considere inválido o inejecutable conforme a la ley aplicable, los demás términos permanecerán en pleno vigor y efecto sin cambio alguno.

12.17 Ley vigente. La ley de California regirá el presente Contrato. Estamos sujetos a la Ley de Planes de Servicios de Salud Knox-Keene de 1975, la cual comienza con la Sección 1340 del Código de Salud y Seguridad de California, así como a las Normas emitidas conforme a dicha Ley, las cuales comienzan con la Sección 1300.43, Título 28 del Código de Reglamentaciones de California. Cualquier disposición que se deba incorporar en el presente Contrato por dicha Ley o por esas Normas nos vincularán a nosotros y a usted, ya sea que se indiquen o no en el presente Contrato.

12.18 Donación de órganos. La donación de órganos le brinda la oportunidad de salvar y mejorar vidas. Por favor considere convertirse en un donante de órganos y tejidos. Puede elegir convertirse en donante llenando un formulario en línea en **www.organdonor.gov** o comunicándose con la Línea directa para donantes de órganos (Organ Donor Hotline) al **1.800.24-DONOR**.

AMERICA'S BEST VISION PLAN
UN PLAN DE BENEFICIOS PROPORCIONADO POR
FIRSTSIGHT VISION SERVICES, INC.

Por: _____
Presidente