



*7824 Eastern Avenue, N.W., Suite 100
Washington, DC 20012
Office 202-722-2744 Fax 202-291-5703*

El Plan Ocular para el Gobierno del Distrito de Columbia



enero 2017

Folleto

Este folleto le provee con una "Descripción corta de su plan de beneficios ópticos" en español.

Usted verá aquí que una descripción breve de sus beneficios para su conveniencia. Si tiene preguntas más detalladas con respecto al plan, usted debería referirse al Documento del Plan disponible para su revisión en la Oficina de Personal del Distrito de Columbia, en la Oficina de la Compensación y los Beneficios.

Mientras este folleto describe las provisiones principales de su plan en términos sencillos, la administración de su plan es susceptible a los términos y provisiones verdaderos del plan como conjunto adelante en el documento formal de plan. Esta descripción se piensa sólo ayudarlo a entender el plan y no puede ser considerada de ninguna manera de modificar los términos y las provisión verdaderos como especificado en el documento del plan.

Contenidos	Pagina
I. Definiciones.....	2
II. Elegibilidad.....	6
III. La descripción de beneficios de gasto oculares.....	7
IV. Beneficios y copagos del empleado.....	8
V. El plan de beneficios.....	10
VI. Beneficios de empleado en un vistazo.....	12
VII. Provisiones misceláneas.....	13
VIII. Cómo utilizar sus beneficios.....	16
IX. Exclusiones y limitaciones.....	19

I

Definiciones**El administrador de reclamo**

Quality Plan Administrators, Inc.

El administrador del Plan

El Gobierno del Distrito de Columbia

La unidad de Componente

Un empleado o de la organización de unidad el empleador que toma parte en el plan si su agencia firma un acuerdo de ensamblador con el oficial contratante.

El co-pago

La cantidad mostrada como un porcentaje en la lista de beneficios utilizados para calcular la cantidad de beneficios pagaderos por el paciente/empleado cuando el plan indica que un porcentaje es pagadero.

Los dependientes

- a. Un conyuge de un empleado elegible, pareja domestica, un hijo/hija por la edad de 26 años.

Excluidos como dependientes bajo a., b., y c. son:

1. Un conyuge legalmente separado o divorciado del empleado;
2. Cualquier persona mientras en el servicio militar en cualquier servicio militar de cualquier país; y
3. Un empleado que tiene derecho para el alcance bajo este plan como un empleado en su propio derecho.

La elegibilidad

Los empleados no-sindicalizados y sindicalizados cubiertos por el acuerdo de la Compensación 1 & 2.

Las exclusiones al Plan Optico

Las agencias:

- Las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia
- La Universidad del Distrito de Columbia, excluir AFSCME 2087
- El Hospital General del Distrito de Columbia/ corporación pública de beneficio (PBC)
- La Autoridad de Agua y Alcantarilla (WASA)
- La Autoridad de Vivienda de DC
- La Policía metropolitana, menos los no-sindicalizados
- Los bomberos y los servicios médicos de emergencia, menos los no-sindicalizados.

Los sindicatos:

- Asesorar de doctor
- La asociación de enfermeras/os de DC
- El comité de internos y residentes

Un empleado

Un individuo que es una persona elegida, designada, o salariada, que le proporciona los servicios personales al empleador en una base regular como un empleado.

El empleador

El Gobierno del Distrito de Columbia (El "Distrito")

Un oftalmólogo

Un individuo que actúa dentro del alcance de su licencia y tiene el grado de doctor de la medicina (M.D.) quién especializa en el tratamiento de desórdenes del ojo.

Un óptico

Un individuo que actúa dentro del alcance de su profesión que ve o hace las materias ópticas.

Un optometrista

Un individuo que actúa dentro del alcance de su licencia y tiene el grado de doctor de optometría (O.D.) que especializa en el probar de la agudeza visual y receta lentes correctivos.

Un participante

Un empleado cubierto o un dependiente elegible de un empleado cubierto.

Un Proveedor de Asistencia Médica Que Participa

Un proveedor de asistencia médica ocular que tiene un acuerdo contractual con el Administrador del Reclamo para proporcionar los servicios oculares cubiertos por el plan a los participantes del plan a una tasa predeterminada.

El Plan

El Plan de Asistencia Médica Ocular del Distrito de Columbia como conjunto adelante en esto y como se puede enmendar de tiempo a tiempo.

El año del Plan

El año del Plan es el 01/01/2017 hasta el 12/31/2017.

La separación del servicio

La cesantía del empleo de Empleado con el Empleador. Un Empleado será creído en haber cortado el empleo con el Empleador para propósitos de este Plan cuando, de acuerdo con las prácticas establecidas del Empleador, la relación del empleo se considera haber sido terminado realmente.

La posición inactiva de pago

Una prima será pagada a cada empleado elegible que está en una posición activa de pago, es decir, ha recibido un cheque de pago de 80 horas completas por un período actual del pago.

Los empleados en un status no pagado o inactivos (ILWOP) Ausente Sin Permiso (AWOL), La Compensación de la Incapacidad, Licencia, Etc.) no son elegibles para beneficios hasta que tal tiempo como ellos vuelvan a trabajar y reciban un cheque de pago de 80 horas completas. Las primas no son pagadas por el Distrito durante una sesión inactiva de pago.

Un período de espera

No hay ningún período de espera.

II**Elegibilidad****Quién es Elgible? Cuándo?**

Usted y sus Dependientes (ver las definiciones) son elegibles de ser cubiertos por el Plan desde el primer día del período del pago después de que usted complete y entregue su formulario de matrícula al Administrador del Plan.

Si usted adquiere a un dependiente nuevo después que su matrícula en el plan, usted debe someterse la documentación del acontecimiento del cambio de la vida dentro de 30 días después de la fecha del acontecimiento al Administrador del Plan. El alcance para el dependiente nuevo será efectivo el primer día del período de pago que sigue la entrega de la documentación y el formulario actualizado de matrícula.

Cuando se matricula tarde

Si usted o su dependiente (dependientes) calificado no se matricula para el alcance cuando es elegible al principio, usted será requerido a someterse la documentación sostenedora.

Cuándo termina la cobertura?

La cobertura terminará en el más temprano de:

- a. la fecha de la terminación del plan;
- b. el día del mes que ese miembro llega a ser inactivo (ver abajo);
- c. la fecha todo alcance o ciertos beneficios se terminan para el cubrió la clase particular de Persona por la modificación del Plan; o

El status no compensatorio, tal como salir sin pago (LWOP), causará que el alcance será terminado hasta que usted regrese a un status compensatorio.

III

La Descripción de Beneficios Oculares

Todos beneficios de gasto oculares son sujetos a las cantidades máximas indicadas en el horario de beneficios.

La Lista de los beneficios

El Plan pagará los gastos contraídos para los servicios de un oftalmólogo licenciado, el optometrista o el óptico, actuando dentro del alcance de su licencia, para esos servicios visuales del cuidado y suministros listados como Beneficios de Gasto Oculares en ;a Listas de Beneficios con tal de que:

1. Tales servicios se rinden, y materials proveídos, mientras el individuo está cubierto bajo el Plan;
2. El pago por cualquier servicio o el suministro no excederán el menor del honorario cargó realmente o el máximo suma pagadero para tales servicios como indicado en la lista de beneficios.

El pago no se causará por más de:

1. un (1) examen completo de ojo en período consecutivo de doce (12) meses
2. un par (1) de lentes (inclusive lentillas) en un período consecutivo de doce (12) meses
3. un (1) conjunto de marcos en un período consecutivo de doce (12) meses

IV

**Plan Ocular de DC
Administrado por Quality Plan Administrators, Inc.**

Plan de Beneficio de Empleado

Código CPT	Descripción	El Paciente Paga
92004	Un historial médico y el examen, inclusive el análisis (refracción) visual, el Diagnóstico, Distribuyendo y quedando cuándo hecho por el plan Oftalmólogo (1 por año a menos que médicamente necesario y autorizado.)	\$0.00
92006	Un historial médico y el examen, inclusive el análisis (refracción) visual, el Diagnóstico, Distribuyendo y quedando cuándo hecho por el plan Optometrista (1 por año a menos que médicamente necesario y autorizado.)	\$0.00
92481	Lentes Solos Oculares (Estándar)	\$0.00
92482	Lentes bifocales (Estándar)	\$0.00
92483	Lentes de Trifocal (Estándar)	\$0.00
92484	Lentes lenticulares (Estandar)	\$0.00
V2781	Lentes Progressivos (Estandar)	\$0.00
V2744	Fotocromáticos	\$0.00
V2755	Fotosensible	\$0.00
V2741	Tinte de declive	\$0.00
92306	** Lentillas donde son indicadas médicamente (de la córnea; Pre-Autorizado y sujeto a provisiones de COB.)	\$0.00
92301	Lentillas (duras o Suaves; deseó cosméticamente en vez de gafas.) **Lentes para tirar (2 Máximo de cajas)	\$0.00
92487	Lentillas (el estándar duro)	\$0.00
92491	Lentillas (estándar suave)	\$0.00
92302	Lentillas (Gas Permeable)	\$80.00

Código	CPT Descripción	El Paciente Paga
92303	Lentillas (Uso prolongado)	\$100.00
92304	Lentillas (Toric)	\$100.00
92305	Lentillas (Opacas)	\$150.00
	Rimless	\$ 6.00
V2761	Más joven o equivalente	\$ 12.00
V2762	Más joven 10/30 o equivalente	\$ 35.00
V2763	Varilux o Equivalente	\$ 15.00
V2764	Varilux 11 o Equivalente	\$ 60.00
	Lentes plásticas de Catarata	\$ 75.00
V2765	Lentes bifocales Ocupacional	\$ 35.00
V2766	Lentes de seguridad	\$ 35.00
92495	Los marcos (de la Selección del plan 1 año)	\$ 0.00
92497	Los marcos (fuera de la selección del plan; 1 año)	El precio al por Menor 40% descuento

** El plan paga por las primeras 2 cajas de lentes para tirar; después el paciente paga por las cajas adicionales.

V

**La Lista de Beneficios
El Gasto de el Beneficio Ocular**

Todos Beneficios del Gasto Oculares son sujetos a las máximas cantidades del pago. *
Vea los capítulos siguientes para una descripción específicas de los gastos cubiertos y las limitaciones.

Examen de Ojo (Incluye el Examen de Glaucoma)	\$45.00
--	---------

Ejemplos:

Lentes	<u>Un lente</u>	<u>Dos Lentes</u>
Sola Visión	\$ 13.00	\$ 26.00
Trifocal	\$ 21.00	\$ 42.00
Bifocal	\$ 25.00	\$ 50.00
Lenticular	\$ 30.00	\$ 60.00
Lentes de Contacto	\$ 70.00	

Marcos

1 marco por el periodo de 12 meses	\$ 20.00
------------------------------------	----------

** Vea el apéndice para una lista completa de precios y beneficios.

Un co-pago del beneficio del plan será aplicable cuando se usa un proveedor ocular que no-participando. Nosotros no podemos controlar la cantidad que las cargas de un proveedor fuera del plan. Sin embargo, nosotros le pedimos que invite a su proveedor fuera del Plan que se une a nuestro entrepaño.

EJEMPLO:

En un Proveedor que Participa		\$100.00	Carga
1) Examen de Ojo-	El plan paga -	\$ 45.00	
2) 2 lentes- (Sola visión)	El plan paga -	\$ 26.00	
3) Marcos * -	El plan paga -	\$ 20.00	

	El plan paga -	\$ 91.00	
	Paciente paga -	\$ 00	
En un proveedor que no-participando -		\$100.00	Carga
1) Examen de Ojo-	El plan paga -	\$ 45.00	
2) 2 lentes- (Sola visión)	El plan paga -	\$ 26.00	
3) Marcos * -	El plan paga -	\$ 20.00	

	El plan paga -	\$ 91.00	
	El Paciente paga -	\$ 9.00	

*Los marcos de la selección pre-aprobado

VI

**El Plan Ocular del Distrito de Columbia
En una Mirada**

Efectivo Enero 01, 2016

- Un Examen por 12 meses consecutivos
- Los lentes o lentes de contacto (2 cajas) una vez por 12 meses consecutivos
- Un marco por 12 meses consecutivos
- Puede utilizar a cualquier proveedor en la cadena
- El uso de proveedor de no-plan, el empleado es sujeto a co-pagos adicionales
- El plan cubre a los dependientes elegibles; se refiere por favor a la lista de beneficios para ver las reglas acerca del alcance para un dependiente elegible.

VII

Provisiones Misceláneas

La Coordinación de la Provisión de Beneficios (COB)

Hay muchas familias hoy donde dos o más personas trabajando. Como resultado, los miembros de tales familias a menudo están cubiertos por más de un plan de salud. Casi todos los planes médicos de beneficio, inclusive nuestro Plan, se han adoptado una Coordinación de la provisión de Beneficios. Esta provisión se diseña para tomar el profiteering injusto fuera de múltiples alcance, mas permite el individual a ser reembolsado para tanto de los gastos del visión como posible, pero sólo hasta 100% de los gastos admisibles.

Todos los planes de la salud que cubren a los individuales como grupos son considerados a aplicar la Coordinación de la provisión de Beneficios.

Funciona La Coordinación De Beneficios

Cuando usted está cubierto por más de un plan de asistencia médica a que la Coordinación de la provisión de Beneficios aplica, estas reglas se siguen para determinar cuál plan será de determinar primero sus beneficios:

1. Cuando sólo uno de los planes tiene una Coordinación de la provisión de Beneficios, entonces el plan sin tal provisión determinará sus beneficios primero.
2. Cuando ambos de los planes tiene una coordinación de la provisión de beneficios, entonces:
 - a. El plan bajo que el paciente está cubierto como un empleado determinará sus beneficios primero;
 - b. El plan que cubre al paciente como un niño dependiente cuya custodia se comparte determinará sus beneficios basados en que tienen la custodia en tiempo del servicio.
 - c. Si ni "A." ni "B." arriba estable un orden de la determinación del beneficio, entonces el plan que ha cubierto al paciente o el espacio de tiempo más largo será el primero en determinar sus beneficios.

Notar: Si el paciente es un hijo dependiente de padres divorciados, las provisiones especiales pueden aplicar.

Cómo Sus Beneficios Se Pagan

El plan que es el primero para determinar sus beneficios (primarios) pagará sus beneficios sin la consideración a cualquier otro alcance. Cuando un plan no es el primer de determinar sus beneficios, y hay los gastos admisibles que no han sido cubiertos por el otro plan(s) (secundario), entonces pagará sus beneficios regulares hasta la cantidad del quedándose los gastos admisibles.

Cualquiera beneficia los ahorros que resultan de la aplicación de la coordinación de la provisión de beneficios estarán disponibles para reclamos futuros. Estos ahorros se pueden aplicar hacia gastos admisibles adicionales, no de otro modo pagadero bajo otro plan, que el Cubrió a Persona contrae luego en el mismo Período de Determinación de Reclamo. (El Período de la Determinación del Reclamo es de enero 1 a diciembre 31, menos el primer Período de la Determinación del Reclamo que empieza el día que usted llega a ser primero cubrió bajo la Coordinación de la provisión de Beneficios).

Aquí Está Un Ejemplo De Cómo La Coordinación De Trabajo de Provisión de Beneficios Funciona:

Mary Williams se cubre bajo nuestro plan como dependiente y bajo el plan de otro empleador como empleada. Ambos planes incluyen una Coordinación de la provisión de Beneficios.

Mary recibe los servicios extensos oculares y los dos están archivados-uno de reclamos bajo nuestro plan y bajo uno bajo el otro plan. Asume que el gasto admisible para toda clase de gastos de visión totaliza \$125.00 y que la concesión completa del beneficio, en ausencia de otro alcance, sería \$91.00 bajo nuestro plan y \$70.00 bajo el otro plan. Desde que el otro plan cubre a Mary como empleada, determinará sus beneficios primero y pagará su \$70.00 concesión completa.

Nuestro plan pagará \$55.00, el gasto admisible realmente contraído que queda. Si nuestro plan había pagado su \$91.00 concesión del beneficio, el beneficio total pagado habría excedido el costo de cuentas de Mary por \$36.00.

Resumen

Nuestro Plan

Concesión de Beneficios Completos	\$ 91.00
Beneficios Pagados Realmente	\$ 55.00
El Resto Disponible para Gastos Admisibles Futuros	\$ 36.00

Recuperación de Terceros

Si cualquiera servicio o el tratamiento es relacionado a una herida o la enfermedad debida a otra negligencia de persona para que usted puede buscar la recuperación de un terceros, su plan pagará sus beneficios normales proporcionados usted concuerda, en la escritura, para reembolsar el plan cuando usted reciba el pago de los terceros. Esta provisión aplica también a cualquier pago hecho bajo una póliza de seguro de automóviles a causa de la legislación "ningún-defecto".

La Tarea De Beneficios/Fuera de la Cadena

Cualquiera beneficia pagada bajo el plan para servicios rendidos por un Proveedor No participando de Asistencia Médica son pagados a usted a menos que usted solicite específicamente por escrito, cuando el reclamo se somete, ese pago sea hecho directamente al proveedor del servicio.

Los beneficios para servicios rendidos por un proveedor del cuidado ocular que participa son pagados automáticamente al proveedor.

En caso de que el pago sea hecho directamente al proveedor del servicio, usted recibirá la notificación escrita del pago y cómo se computó.

La Terminación o la Enmienda del Plan

El plan se puede enmendar, puede ser cancelado o puede ser discontinuado en tiempo por el empleador sin el consentimiento de cualquiera individuo cubierto. En caso de la terminación del plan, el empleador proporcionará noticia por escrito de tal terminación y los derechos de todos Participantes del Plan a todo cubierto a empleados en una manera oportuna. En caso de que el pago sea hecho directamente al proveedor del servicio, usted recibirá la notificación escrita del pago y cómo se calculó.

VII Como Utilizar sus Beneficios

Cuándo Archivar un reclamo

Si usted utiliza a un proveedor que participa, no hay necesidad de someterse un formulario de reclamo. El proveedor que participa archivará el reclamo en su beneficio.

Si usted utiliza a un proveedor que no participa, el reclamo se debe archivar tan pronto como usted reciba las cargas para los servicios cubiertos. Los formularios de reclamo se pueden obtener del Administrador de Reclamo.

Cómo Archivar un Reclamo (no participando a proveedor)

Asegúrese que su cuenta del proveedor del servicio contiene toda la información siguiente:

1. El nombre del paciente;
2. La descripción de cada servicio rendido;
3. La fecha de cada servicio rendido
4. Una carga para cada servicio rendido
5. El nombre, la dirección y el número de identificación de impuestos del proveedor del servicio, y
6. La información relacionada a la Coordinación de Beneficios

Envíe el formulario completado del reclamo al administrador de reclamos:

Quality Plan Administrators, Inc.
7824 Eastern Avenue, N.W., Suite 100
Washington, DC 20012
(202) 722-2744

Una forma separada del reclamo se debe someter para cada miembro de la familia para quien un reclamo se hace. El Plan mantiene los registros separados deducibles para usted y en cada uno de sus dependientes. No es necesario someterse otro formulario con cuentas para el servicio subsiguiente. Si usted ha hecho el pago al proveedor, asegúrese que la cuenta se marca pagada o está acompañada de un recibo pagado.

Revise por favor la forma del reclamo con cuidado y siga las instrucciones que llevan . No es siempre necesario completar cada sección. Usted necesita sólo completar esas secciones aplicables al reclamo para su archivo. Por ejemplo, si ningún accidente se implica, usted no necesita completar la sección del accidente; si el reclamo es para usted, no es necesario para completar la sección dependiente, etc.

Otro alcance de grupos

Desde que este plan contiene una coordinación de la provisión de beneficios, es importante que usted aconseje al administrador de reclamos de cualquier otro plan de la salud del grupo que cubre usted o sus dependientes. Usted debe completar la sección apropiada de su forma del reclamo completamente

Nota: Cuando otro plan cubre al demandante, mande los duplicados exactos de cada recibo para someter con un reclamo a cada portador o el administrador envuelto para ayudarlos en beneficios coordinadores. Si el plan paga como el plan secundario, nosotros debemos ser notificados de la cantidad (cantidades) pagada por el plan primario antes nuestro pago se puede hacer. Para ayudarlo a entender que qué coordinación de beneficios es y cómo le afecta, se refiere a, "La Coordinación de la Provisión de Beneficios."

Los Formularios incompletos

Su administrador de reclamos ha simplificado los procedimientos para manejar sus beneficios del plan proporcionandole un formulario de reclamo que contiene la información necesaria para procesar su reclamo. Cuando un formulario de reclamo se somete sin la terminación de todos artículos apropiados a su caso, se puede causar las demoras innecesarias a proporcionarle con sus beneficios elegibles.

TARDE SUMISIÓN DEL RECLAMO

Los reclamos se sometieron más de noventa (90) días después que la fecha del servicio pueden ser negados. Usted puede ayudar a su administrador de reclamos sometiendo sus reclamos inmediatamente, y siguiendo las instrucciones de la clasificación del reclamo.

Nota Importante

UN RECORDATORIO SIGNIFICATIVO: Si usted utiliza a un proveedor de asistencia médica que participa para su cuidado de la visión, puede haber un co-pago, sin embargo el proveedor del cuidado de la visión facturará el plan para usted.

IX

Exclusiones y Limitaciones

Para evitar confusión o equivocación, las limitaciones, las exclusiones y las condiciones listadas ha sido tomadas abajo al pie de la letra del documento oficial de plan. Si hay algo en este capítulo que usted no entiende completamente, por favor póngase en contacto con el administrador de este plan.

Limitaciones generales

Ningunos beneficios serán pagados bajo el plan con respecto a:

1. Los servicios o los gastos contrajeron antes de la fecha de vigencia o después de la fecha de la terminación del alcance bajo el plan;
2. Cualquiera atiende a, los suministros, las cargas o los gastos, que no es incluido específicamente en el alcance del plan;
3. Las cargas para la terapia, el tratamiento experimental o investigativo;
4. Cualquiera atiende a o suministra para cuál los beneficios se pueden reclamar bajo la Compensación de la Incapacidad (D.C. El código 1-624) o que está debido al tratamiento de una enfermedad o la herida que surgen fuera de o en el curso de cualquier ocupación o el empleo para el sueldo o la ganancia;
5. Cualquier condición, la incapacidad o el gasto que resultan de o sostenidos como resultado de ser entrado en una ocupación ilegal, la comisión de o de la comisión procurada de un asalto o un acto criminal, el deber como un miembro de las fuerzas armadas de cualquier estado o el país o de la guerra o el acto de la guerra declarada o no declarada;
6. Cualquier condición, la incapacidad o el gasto que resultan de una herida causada por tomar parte en la insurrección civil o un disturbio;
7. Cualquier atiende o para el cuidado o el tratamiento proporcionado o proveído por el Gobierno de Estados Unidos o el Gobierno de cualquier país;
8. Cualquiera atiende a para que una carga no se habría hecho en ausencia del alcance.

LAS LIMITACIONES APLICABLES A BENEFICIOS DE GASTO DE VISION

Además de las Limitaciones Generales, ningunos beneficios serán pagados por:

1. Los lentes de sol
2. La instrucción ocular
3. La aniseikonia
4. Dos pares de marcos y lentes en vez de lentes bifocales
5. Los estilos del lentes y/o materias no listados como un beneficio cubierto
6. Los orthopticos, la instrucción ocular, las ayudas bajas oculares, o alguna instrucción suplementaria
7. Los lentes o lentes sin receta (plano) con un valor refractivo total de menos que \pm 0,50 dioptría en por lo menos un ojo
8. El cuidado médico del ojo atiende a y los procedimientos de la diagnostic
9. Las condiciones cubiertas por la Compensación de Trabajador
10. Cualquiera atiende o las materias proporcionadas por otro plan ocular.

Nuestras horas de operación son las siguientes:

Representates bilingües están disponibles las 24 horas al día. El horario de oficina para servicios oculares son de lunes a sábado de 8am-9pm y domingo de 8am-7pm.

Administrado por:

Quality Plan Administrators, Inc.
7824 Eastern Avenue, N.W., Suite 100
Washington, DC 20012
(202) 722-2744
Fax (202) 291-5703
Sitio web: <http://www.qualityplanadmin.com>
Correo electrónico: quality@qpatpa.com