DELTAVISION®

2027 DeltaVision® Individual and Family

DeltaVision® 仅材料

在明尼苏达州，购买明尼苏达州 Delta Dental Individual and Family™ 计划 A-D，即可享受 DeltaVision® Individual and Family 计划。

网络管理员：EyeMed | Insight 网络

服务		网络内成员费用	网络外报销
频率	检查	每个受保人每个福利年度一次	
	镜框	每个受保人每个福利年度一次	
	镜片或隐形眼镜	每个受保人每个福利年度一次	
	激光视力矫正	不适用	
检查	必要時進行散瞳檢查	$10	最高 $45
	視網膜造影福利	最高 $39	不适用
	標準隱形眼鏡驗配與追蹤	最高 $40	不适用
	頂級隱形眼鏡驗配與追蹤	零售價九折優惠	不适用
镜框	提供方的任何现有镜框	补贴 $150，差额八折优惠	最高 $75
标准塑料镜片	单光	共付额 $25	最高 $25
	双焦点	共付额 $25	最高 $40
	三焦点	共付额 $25	最高 $55
	透镜式	共付额 $25	最高 $55
	标准渐进式镜片	共付额 $90	最高 $55
	优质渐进式镜片* 第 1 档	共付额 $110	最高 $55
	优质渐进式镜片* 第 2 档	共付额 $120	最高 $55
	优质渐进式镜片* 第 3 档	共付额 $135	最高 $55
	优质渐进式镜片* 第 4 档	共付额 $90，费用的 80% 减去 $120 补贴	最高 $55
镜片选项	紫外线治疗	共付额 $15	不适用
	色调（纯色或渐变色）	共付额 $15	不适用
	标准塑料防刮擦涂层	共付额 $15	不适用
	标准聚碳酸酯 - 成人	共付额 $40	不适用
	标准聚碳酸酯 - 19 岁以下儿童	共付额 $40	不适用
	标准防反射镀膜	共付额 $45	不适用
	偏光	零售价八折优惠	不适用
	光致变色/变色塑料镜片	共付额 $75	不适用
	优质防反射镀膜第 1 档	共付额 $57	不适用
	优质防反射镀膜第 2 档	共付额 $68	不适用
	优质防反射镀膜第 3 档	费用八折优惠	不适用
	其他附加项	零售价八折优惠	不适用
隐形眼镜**	传统	补贴 $150	最高 $120
	一次性	补贴 $150	最高 $120
	医疗必需	共付额 $0，全额给付	最高 $210
激光视力矫正	激光视力矫正，Lasik 或 PRK *视力矫正利用美国激光网络*	零售价八五折或促销价九五折	不适用

* 指定优质渐进式镜片与优质防反射镀膜须经 EyeMed 医疗总监年度审核，并随市场状况不断调整。

** 隐形眼镜补贴仅包括材料。隐形眼镜剩余额度可在同一福利周期内继续使用。

费率：	购买明尼苏达州牙科计划 A-D 时的 DeltaVision® 附加费率。
投保人	$6.94
投保人 + 1	$13.88
家庭	$20.82

一个专区集中呈现福利明细、节省净额速览、费用估算器及验光师精准查找工具。

注册并登录会员门户网站：
member.eyemedvisioncare.com/deltavisionmn

查看您的视力福利信息：
- 查看您的福利详情
- 确认资格条件
- 检查理赔状态
- 打印 ID 卡

查找您附近的 Insight 网络眼科医生并安排预约[1]：
使用会员门户网站上的“查找眼科医生”工具，联系您附近的眼保健专家。

[1]多数（但非全部）网络医疗保健提供商提供在线预约服务。

有关福利问题，请联系客户服务部：
1-833-279-4362
周一至周六：中部标准时间上午 7:00 至晚上 10:00
周日：中部标准时间上午 10:00 至晚上 7:00

其他参与医疗保健提供者网络折扣。

在网络内的所有服务点，均可享受以下折扣：

- 整副眼镜额外六折优惠
- 超出补贴的镜框差额部分享八折优惠
- 超出保险额度的传统隐形眼镜差额部分享八五折优惠
- 不予承保的项目享八折优惠，包括非处方太阳镜、配件与镜片清洁液
- 美国激光网络的 LASIK 或 PRK 享标准价八五折优惠或促销价九五折优惠

© 2027 DeltaVision® Delta Dental Plans Association 的注册商标。保留所有权利。DeltaVision® 网络管理员：EyeMed Vision Care®，由 Health Ventures Network 承保。
EyeMed Vision Care® 是 EyeMed Vision Care， LLC 的注册商标。内容由 EyeMed 提供。