

RESUMEN DE BENEFICIOS

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA	COSTO PARA LOS AFILIADOS DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES PLUS	COSTO PARA AFILIADOS A LA RED	REEMBOLSO PARA AFILIADOS FUERA DE LA RED
SERVICIOS DE EXÁMENES			
Examen Diagnóstico por imágenes de la retina	Copago de \$0 Hasta \$39	Copago de \$10 Hasta \$39	Hasta \$40 No está cubierto
AJUSTE Y SEGUIMIENTO DE LENTES DE CONTACTO			
Ajuste y seguimiento estándar	Hasta \$40; ajuste de lentes de contacto y dos consultas de seguimiento	Hasta \$40; ajuste de lentes de contacto y dos consultas de seguimiento	No está cubierto
Ajuste y seguimiento premium	Descuento del 10% sobre el precio de venta	Descuento del 10% sobre el precio de venta	No está cubierto
ARMAZÓN			
Armazón	Copago de \$0; descuento del 20% sobre el saldo cuando se superen los \$200 de asignación	Copago de \$0; descuento del 20% sobre el saldo cuando se superen los \$150 de asignación	Hasta \$105
LENTES PLÁSTICOS ESTÁNDAR			
Monofocales	Copago de \$25	Copago de \$25	Hasta \$30
Bifocales	Copago de \$25	Copago de \$25	Hasta \$50
Trifocales	Copago de \$25	Copago de \$25	Hasta \$70
Lenticulares	Copago de \$25	Copago de \$25	Hasta \$70
Progresivos estándar	Copago de \$90	Copago de \$90	Hasta \$50
Progresivos premium, nivel 1 - 3	Copago de \$110 - 135	Copago de \$110 - 135	Hasta \$50
Progresivos premium, nivel 4	Copago de \$90; descuento del 20% sobre el precio de venta cuando no se superen los \$120 de asignación	Copago de \$90; descuento del 20% sobre el precio de venta cuando no se superen los \$120 de asignación	Hasta \$50
OPCIONES DE LENTES			
Recubrimiento antirreflejante estándar	\$45	\$45	No está cubierto
Recubrimiento antirreflejante premium, nivel 1 - 2	\$57 - 68	\$57 - 68	No está cubierto
Recubrimiento antirreflejante premium, nivel 3	Descuento del 20% sobre el precio de venta	Descuento del 20% sobre el precio de venta	No está cubierto
Fotocromático de plástico	\$75	\$75	No está cubierto
Polycarbonato estándar	\$40	\$40	No está cubierto
Recubrimiento contra rayaduras de plástico estándar	\$15	\$15	No está cubierto
Color sólido y difuminado	\$15	\$15	No está cubierto
Tratamiento contra los rayos ultravioleta (UV)	\$15	\$15	No está cubierto
Todas las demás opciones de lentes	Descuento del 20% sobre el precio de venta	Descuento del 20% sobre el precio de venta	No está cubierto
LENTES DE CONTACTO			
Lentes de contacto convencionales	Copago de \$0; descuento del 15% sobre el saldo cuando se superen los \$150 de asignación	Copago de \$0; descuento del 15% sobre el saldo cuando se superen los \$150 de asignación	Hasta \$150
Lentes de contacto desechables	Copago de \$0, 100% del saldo sobre \$150 de asignación	Copago de \$0, 100% del saldo sobre \$150 de asignación	Hasta \$150
Lentes de contacto médicamente necesarios	Copago de \$0; pago completo	Copago de \$0; pago completo	Hasta \$210
OTROS			
Cuidado de audición de la red Amplifon	Hasta un 64 % de descuento en audífonos, llame al 1.877.203.0675	Hasta un 64 % de descuento en audífonos, llame al 1.877.203.0675	No está cubierto
LASIK o PRK de la red U.S. Laser	Descuento del 15% sobre el precio de venta o 5% sobre el precio promocional; llame al 1.800.988.4221	Descuento del 15% sobre el precio de venta o 5% sobre el precio promocional; llame al 1.800.988.4221	No está cubierto
FRECUENCIA			
EXAMEN	FRECUENCIA PERMITIDA - ADULTOS	FRECUENCIA PERMITIDA - NIÑOS	
Examen	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses	
Armazón	Una vez cada 24 meses	Una vez cada 24 meses	
Lentes	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses	
Lentes de contacto	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses	

(El plan permite al afiliado recibir ya sea lentes de contacto y armazón o el armazón y servicios de lentes)

EyeMed se reserva el derecho de hacer cambios a los productos disponibles en cada nivel. No se requiere que todos los proveedores comercialicen todas las marcas en todos los niveles. Para obtener el listado actual de marcas por nivel, llame al 866.939.3633. No se pagará ningún beneficio por los servicios, materiales o cargos relacionados con: tratamiento médico o quirúrgico, servicios o suministros para el tratamiento del ojo, los ojos o las estructuras de soporte; la refracción, cuando no sea parte de un examen de la vista integral; servicios proporcionados como resultado de la Ley de Compensación de los Trabajadores, o leyes similares, o exigidos por cualquier organismo gubernamental o programa federal, del estado o de las subdivisiones del mismo; entrenamiento de la vista u ortóptica, accesorios para la vista subnormal y cualquier prueba complementaria asociada; lentes anisocóncos; cualquier examen de la vista o cualquier material correctivo de la vista requerido por el titular de la póliza como condición para el empleo; anteojos de seguridad; soluciones, productos de limpieza o estuches para armazón; anteojos de sol sin graduación; lentes planos (sin graduación); lentes de contacto planos (sin graduación); dos pares de anteojos en lugar de bifocales; dispositivos electrónicos para la vista; los servicios que se presten luego de la fecha en que la persona asegurada deja de tener cobertura según la póliza, excepto cuando se entrega material para la visión que fue solicitado antes de que venciera la cobertura y los servicios prestados a la persona asegurada dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que se haya hecho la solicitud; o los lentes, armazones, cristales o lentes de contacto rotos que se reemplacen antes de la siguiente frecuencia de beneficios y cuando los materiales oftalmológicos estén disponibles. La persona asegurada deberá pagar íntegramente al proveedor las cuotas que el proveedor cobre por otros servicios que no estén incluidos en la cobertura, así como impuestos locales, estatales o federales. Esas cuotas, impuestos o materiales no están cubiertos por la póliza. Las asignaciones no proporcionan ningún saldo restante para uso futuro en la misma frecuencia de beneficios. Algunas cláusulas, beneficios, exclusiones o limitaciones enumeradas aquí podrían variar según el estado. Los descuentos del plan no se pueden combinar con ningún otro descuento ni oferta promocional. En ciertos estados, es posible que los afiliados deban pagar el precio de venta íntegro y no la tarifa de descuento negociada con algunos proveedores participantes. Consulte el localizador de proveedores en línea para determinar cuáles son los proveedores participantes que han acordado aceptar la tarifa de descuento. Suscrito por Fidelity Security Life Insurance Company de Kansas City, Missouri, número de póliza VC-19, número de formulario M-9083; o número de póliza VC-146, número de formulario M-9184, en Nueva York, suscrito por Fidelity Security Life Insurance Company de Nueva York, Número de póliza VCN-1, número de formulario MN-1, o Número de póliza VCN-19, número de formulario MN-28. Este es un panorama general de sus beneficios. El Certificado de Seguro se encuentra archivado con su empleador.

Ahorros más conveniencia más selección

Los proveedores PLUS añaden
otro nivel de cobertura

eye
Med

\$0

Copago de examen

\$200

Asignación para
armazón

Mantenerse dentro de la red le ayuda a ahorrar dinero en exámenes de la vista, armazones y lentes. Una visita a un proveedor PLUS está diseñada para ayudarlo a ahorrar aún más.

Y como los proveedores PLUS ya están en nuestra red, las ventajas adicionales se incorporan directamente a sus beneficios de la vista. Sin códigos de promoción, sin cupones ni papeleo. Los mismos beneficios de la vista, con un poco más de ahorro.



La elección es suya

Encuentre una gran cantidad de oftalmólogos dentro de la red, incluyendo proveedores PLUS, en nuestro localizador de proveedores. Solo tiene que buscar el PLUS.

¿Necesita ayuda adicional? Comuníquese con nosotros al 866.804.0982 o visite eyemed.com.

INDEPENDENT
PROVIDER
NETWORK



LENSCRAFTERS®

PEARLE
EST. 1961
VISION

OPTICAL