

PLATINUM PLAN - INSIGHT NETWORK

Resumen de los Beneficios*

CONOZCA SUS BENEFICIOS

Ud. está suscrito en la Red de Insight

Para encontrar una lista completa de los proveedores en su área, utilice nuestro localizador de proveedores en EyeMedVisionCare.com

Para encontrar un proveedor de LASIK, llame 1.877.5LASER6

Para servicios al cliente, llame 866.605.4242

HAY MÁS AHORROS

Descuento de

40%

en pares adicionales de lentes o gafas de sol con receta médica⁷

Descuento de

20%

en gafas de sol sin receta médica⁷

Estos descuentos solo aplican a los proveedores dentro de la red

¹ Para los servicios prestados por proveedores fuera de la red, el reembolso será la cifra que resulte menor entre el precio de lista o la suma pagada por el miembro al proveedor. En algunos estados, ciertos proveedores participantes en la red pueden cobrar a los miembros el precio de lista en vez del precio de descuento negociado. Para determinar cuáles proveedores han convenido al precio de descuento, por favor vea el localizador de proveedores de EyeMed en el internet.

² La fijación de los precios en cada nivel de producto depende de la marca comercial. No se les requiere a todos los proveedores de ofrecer todas las marcas en cada nivel de producto. EyeMed se reserva el derecho de hacer cambios en cuanto a cuáles productos se ofrecerán de venta en cada nivel y los gastos del bolsillo del miembro. Para una lista actual de las marcas que se ofrecen en cada nivel de producto, comuníquese con EyeMed.

³ El beneficio para lentes de contacto solo incluye los materiales.

⁴ El beneficio de servicios para diabéticos se limita a la evaluación del cuidado de los ojos diabéticos para los miembros con la diabetes tipo 1 o tipo 2. Ciertas exclusiones y limitaciones se puedan aplicar. Por favor consulte el plan para los detalles específicos de cobertura.

⁵ No está cubierto si se lleva a cabo la oftalmoscopia extendida dentro de 6 meses.

⁶ No está cubierto si se lleva a cabo la fotografía del fondo del ojo dentro de 6 meses.

⁷ No es un beneficio asegurado. Es posible que no estén disponibles en todas las localidades de proveedores los descuentos para los servicios sin cobertura.

* Esta instantánea de los beneficios es válida para las fechas de vigencia a partir del 1/1/2023. Se proporciona solo con fines informativos y no es un documento contractual. Si la información en la presente difiere del certificado DeltaVision y el resumen de beneficios, el certificado y el resumen la suplantán.

Servicio Oftalmológico	Dentro de la Red	Fuera de la Red ¹
Examen Ocular con dilatación según sea necesario	Copago \$10	\$30
Escaneo Retiniano	Beneficio hasta \$39	N/A
Lentes de Contacto, Ajuste y Seguimiento		
Tipo Estándar - Ajuste y Seguimiento	Beneficio hasta \$40	N/A
Tipo Premium - Ajuste y Seguimiento	Descuento de 10% del precio al público	N/A
Monturas	Copago \$0; beneficio de \$150, descuento de 20% al saldo que excede \$150	\$75
Cristales Estándar de Plástico		
Monofocal	Copago \$10	\$25
Bifocal	Copago \$10	\$40
Trifocal	Copago \$10	\$55
Lenticular	Copago \$10	\$55
Progresivos Estándar ²	Copago \$75	\$40
Progresivos Premium ²	Nivel 1: Copago \$95 Nivel 2: Copago \$105 Nivel 3: Copago \$120 Nivel 4: Copago \$75, 80% del cargo menos el beneficio de \$120	\$40
Opciones para Cristales		
Protección UV	\$15	N/A
Tinte (Sólidas y Degradadas)	\$15	N/A
Revestimiento anti-rayas, tipo estándar	\$15	N/A
Polycarbonato estándar	\$40	N/A
Revestimiento anti-reflejos, tipo estándar ²	\$45	N/A
Revestimiento polarizado	Descuento de 20% del precio al público	N/A
Fotocromáticas/Transition, de plástico ²	\$75	N/A
Revestimiento anti-reflejos, tipo premium	Nivel 1: \$57 Nivel 2: \$68 Nivel 3: 80% del cargo	N/A
Otros cobros y servicios adicionales	Descuento de 20% del precio al público	N/A
Lentes de Contacto³		
Convencionales	Copago \$0; beneficio de \$150, descuento de 15% al saldo que excede \$150	\$120
Descartables	Copago \$0; beneficio de \$150, más el balance que excede \$150	\$120
Necesarias por razones médicas	Copago \$0, pagado en su totalidad	\$200
Beneficio de Lasik o PRK	Descuento de 15% del precio al público o 5% del precio promocional	N/A
Servicios para Diabéticos⁴		
Consulta de seguimiento (examen médica)		\$77
Fotografía del fondo del ojo ⁵		\$50
Oftalmoscopia extendida ⁶	Cubierto 100%, copago \$0	\$15
Gonioscopia		\$15
Escaneo con láser		\$33
Frecuencia		
Examen	Una vez cada 12 meses	
Gafas o Lentes de contacto	Una vez cada 12 meses	
Montura	Una vez cada 12 meses	
Servicios para Diabéticos	Un máximo de 2 servicios en cada año de beneficio	