

## 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
<b>SERVICIOS DE EXÁMENES</b>			
Examen	Copago de \$0	Copago de \$5	Hasta \$50
Diagnóstico por imágenes de la retina	Hasta \$39	Hasta \$39	No está cubierto
<b>AJUSTE Y SEGUIMIENTO DE LENTES DE CONTACTO</b>			
Ajuste y seguimiento estándar	Hasta \$40	Hasta \$40	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
<b>ARMAZÓN</b>			
Armazón	Copago de \$0; descuento del 20% sobre el saldo cuando se superen los \$205 de asignación	Copago de \$0; descuento del 20% sobre el saldo cuando se superen los \$155 de asignación	Hasta \$70
<b>LENTE</b>			
Monofocales	Copago de \$0	Copago de \$0	Hasta \$50
Bifocales	Copago de \$0	Copago de \$0	Hasta \$75
Trifocales	Copago de \$0	Copago de \$0	Hasta \$100
Lenticulares	Copago de \$0	Copago de \$0	Hasta \$125
Progresivos estándar	Copago de \$50	Copago de \$50	Hasta \$75
Progresivos premium	Copago de \$80 - 175	Copago de \$80 - 175	Hasta \$75
<b>OPCIONES DE LENTES</b>			
Recubrimiento antirreflejante estándar	Copago de \$45	Copago de \$45	Hasta \$5
Recubrimiento antirreflejante premium, nivel 1 - 3	Copago de \$57 - 85	Copago de \$57 - 85	Hasta \$5
Fotocromático de plástico	\$75	\$75	No está cubierto
Policarbonato estándar	\$40	\$40	No está cubierto
Policarbonato estándar, menores de 19 años	Copago de \$0	Copago de \$0	Hasta \$20
Recubrimiento contra rayaduras de plástico estándar	Copago de \$0	Copago de \$0	Hasta \$8
Color sólido y difuminado	Copago de \$0	Copago de \$0	Hasta \$8
Tratamiento contra los rayos ultravioleta (UV)	Copago de \$0	Copago de \$0	Hasta \$8
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
<b>LENTE DE CONTACTO</b>			
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 \$105
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 \$105
Lentes de contacto médicamente necesarios	Copago de \$0	Copago de \$0	Hasta \$210
<b>OTROS</b>			
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
<b>FRECUENCIA</b>			
	<b>FRECUENCIA PERMITIDA - ADULTOS</b>	<b>FRECUENCIA PERMITIDA - NIÑOS</b>	
Examen	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario	
Lentes	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario	
Armazón	Una vez cada 2 años calendario	Una vez cada 2 años calendario	
Lentes de contacto	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario	

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

La persona asegurada deberá pagar integralmente 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. No se pagarán beneficios por servicios o materiales relacionados o costos derivados de lo siguiente: 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 prestados como resultado de cualquier ley de Compensación de los Trabajadores o una legislación similar, o que una agencia o programa gubernamental exija, ya sea federal, estatal o subdivisiones de ellos. capacitación ortóptica o de la vista, auxilio por vista subnormal y cualquier prueba suplementaria relacionada; lentes para anisocoria; 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; lentes de sol sin graduación; lentes planos (sin graduación); lentes de contacto planos (sin graduación); dos pares de lentes 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. Este es un panorama general de sus beneficios. El Certificado de Seguro se encuentra archivado con su empleador. El afiliado recibe un 20% de descuento en los centros de la red para los artículos que no cubra el plan. El descuento no se aplica a los servicios profesionales de los proveedores ni a los lentes de contacto. 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. Los descuentos en materiales de la vista podrían no aplicarse a ciertos productos de los fabricantes. El plan se reserva el derecho de hacer cambios a los productos de cada nivel y a los costos de bolsillo de los afiliados. El precio fijo de oferta refleja las marcas al nivel de los productos mencionados. No se exige que todos los proveedores comercialicen todas las marcas en todos los niveles. Los servicios y las cantidades indicadas arriba están sujetas a cambio sin previo aviso. Los descuentos no son beneficios asegurados. 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.

# Ahorros más conveniencia más selección

Los proveedores PLUS añaden  
otro nivel de cobertura

eye  
Med

\$0

Copago de examen

\$205

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 ayudarle 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](http://eyemed.com).

INDEPENDENT  
PROVIDER  
NETWORK



LENSCRAFTERS®

PEARLE  
EST. 1961  
VISION

OPTICAL