



40% DE DESCUENTO

por par completo adicional de anteojos recetados

20% DE DESCUENTO

por artículos no cubiertos, incluidas gafas de sol sin receta

Encuentre un oftalmólogo

(Red de Select)

- 866.299.1358
- eyemed.com
- Aplicación EyeMed Members
- Para información sobre LASIK, llame al 1.800.988.4221

Atención

Usted puede tener beneficios extra. Inicie sesión en eyemed.com/member para ver todos los planes incluidos con sus beneficios.

RESUMEN DE BENEFICIOS

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA	COSTO PARA AFILIADOS A LA RED	REEMBOLSO PARA AFILIADOS FUERA DE LA RED
SERVICIOS DE EXÁMENES		
Examen	Copago de \$10	Hasta \$35
Diagnóstico por imágenes de la retina	Hasta \$39	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	No está cubierto
Ajuste y seguimiento premium	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 \$130 de asignación	Hasta \$65
LENTE PLÁSTICOS ESTÁNDAR		
Monofocales	Copago de \$25	Hasta \$25
Bifocales	Copago de \$25	Hasta \$40
Trifocales	Copago de \$25	Hasta \$60
Lenticulares	Copago de \$25	Hasta \$60
Progresivos estándar	Copago de \$25; descuento del 20% sobre el precio de venta cuando no se superen los \$55 de asignación	Hasta \$40
Progresivos premium	Copago de \$25; descuento del 20% sobre el precio de venta cuando no se superen los \$55 de asignación	Hasta \$40
OPCIONES DE LENTES		
Recubrimiento antirreflejante estándar	\$45	No está cubierto
Fotocromático de plástico	Descuento del 20% sobre el precio de venta	No está cubierto
Policarbonato estándar	\$40	No está cubierto
Recubrimiento contra rayaduras de plástico estándar	\$15	No está cubierto
Color sólido y difuminado	\$15	No está cubierto
Tratamiento contra los rayos ultravioleta (UV)	\$15	No está cubierto
Todas las demás opciones de lentes	Descuento del 20% sobre el precio de venta	No está cubierto
LENTE DE CONTACTO		
Lentes de contacto convencionales	Copago de \$0; descuento del 15% sobre el saldo cuando se superen los \$135 de asignación	Hasta \$95
Lentes de contacto desechables	Copago de \$0, 100% del saldo sobre \$135 de asignación	Hasta \$95
Lentes de contacto médicamente necesarios	Copago de \$0; pago completo	Hasta \$300
OTROS		
Cuidado de audición de la red Amplifon	Hasta un 66 % 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	No está cubierto
FRECUENCIA	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 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. 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.

¿Está listo para vivir su mejor vida con EyeMed?

Sus beneficios oftalmológicos ofrecen mucho más que copagos y cobertura. Prepárese para ver las cosas buenas en primera persona.

Su red es el lugar para comenzar

Mire a quien quiera, cuando quiera. Tiene miles de proveedores para elegir: oftalmólogos independientes, sus tiendas de venta al público favoritas e incluso opciones en línea.

Manténgase atento para obtener descuentos adicionales*

Los miembros ya ahorran un promedio del 76% en el descuento de venta al público utilizando sus beneficios EyeMed,¹ pero nuestra larga lista de ofertas especiales lleva los beneficios aún más lejos.

Recuerde, nunca está solo

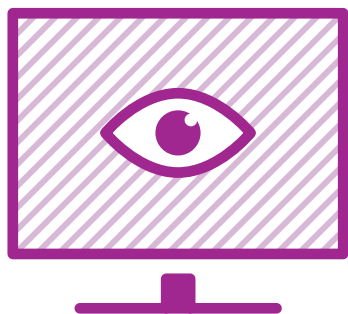
Siempre estamos aquí para ayudarle a utilizar sus beneficios como un profesional. Manténgase informado con alertas de mensajes de texto o recursos para una visión saludable de los expertos. Si puede facilitarles los beneficios, lo hacemos.

* Los descuentos no son seguros. Disponible en proveedores participantes.

¹ Basado en el promedio ponderado de transacciones de muestra: Red EyeMed Insight/\$10 de copago por examen/\$10 de copago por materiales/\$150 de asignación para armazones o lentes de contacto. Estadísticas de BOB comerciales de EyeMed de 2021.



eye
Med



Cree una cuenta de miembro en eyemed.com/member

Todo está ahí, en un solo lugar. Verifique reclamos y beneficios, vea ofertas especiales, calcule costos y encuentre un oftalmólogo: busque uno con el horario, la ubicación y las marcas que desee. Para máxima movilidad, pruebe la aplicación EyeMed (Google Play o App Store).

Esta información se comparte de un modo general y no es específica del plan ni del estado.

PDF-2301-M-651

INDEPENDENT
PROVIDER
NETWORK



LENSCRAFTERS®

PEARLE
EST. 1961
VISION

OPTICAL