



**40% DE DESCUENTO**

par adicional de anteojos con graduación completos

**20% DE DESCUENTO**

artículos no cubiertos, incluidos anteojos de sol sin receta médica

**Encuentre un oftalmólogo**

(Red de Insight)

- 866.804.0982
- 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](http://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
<b>SERVICIOS DE EXÁMENES</b>		
Examen	Copago de \$25	Hasta \$45
Diagnóstico por imágenes de la retina	Hasta \$39	No está cubierto
<b>AJUSTE Y SEGUIMIENTO DE LENTES DE CONTACTO</b>		
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
<b>ARMAZÓN</b>		
Armazón	Copago de \$0; descuento del 20% sobre el saldo cuando se superen los \$150 de asignación	Hasta \$70
<b>LENES PLÁSTICOS ESTÁNDAR</b>		
Monofocales	Copago de \$25	Hasta \$30
Bifocales	Copago de \$25	Hasta \$50
Trifocales	Copago de \$25	Hasta \$65
Lenticulares	Copago de \$25	Hasta \$100
Progresivos estándar	Copago de \$80	Hasta \$50
Progresivos premium, nivel 1 - 4	Copago de \$110 - 200	Hasta \$50
<b>OPCIONES DE LENTES</b>		
Recubrimiento antirreflejante estándar	\$45	Hasta \$5
Recubrimiento antirreflejante premium, nivel 1 - 3	\$57 - 85	Hasta \$5
Fotocromático de plástico	\$75	No está cubierto
Polycarbonato estándar	\$40	No está cubierto
Polycarbonato estándar, menores de 19 años	Copago de \$0	Hasta \$5
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
<b>LENES DE CONTACTO</b>		
Lentes de contacto convencionales	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	Hasta \$105
Lentes de contacto médicamente necesarios	Copago de \$0; pago completo	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	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
<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA PERMITIDA - ADULTOS</b>	<b>FRECUENCIA PERMITIDA - NIÑOS</b>
Examen	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario
Armazón	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario
Lentes	Una vez por año calendario	Una vez por año 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)

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 anisecónicos; 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.

# ¿Listo para vivir la mejor experiencia con EyeMed?

Hay muchos beneficios más para la vista además de los copagos y la cobertura. Prepárese para ver los beneficios que le esperan.

## Su red es el lugar para comenzar

Vea a quien quiera, cuando quiera. Tiene miles de proveedores para elegir: oftalmólogos independientes, sus tiendas minoristas favoritas y hasta opciones en línea.

## Esté atento a los descuentos adicionales

Los afiliados ya ahorran en promedio un 71% de descuento del precio de venta con los beneficios de EyeMed,<sup>1</sup> pero nuestra larga lista de ofertas especiales aporta aún más beneficios.

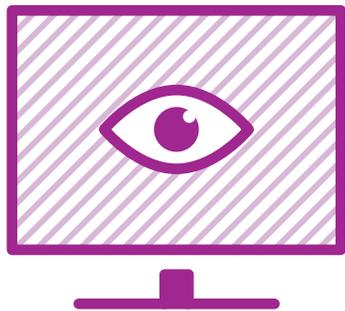
## Recuerde: usted nunca está solo

Siempre estamos aquí para ayudarlo a usar sus beneficios como un profesional. Manténgase informado con alertas de texto y recursos para una vista sana por parte de los expertos. Si podemos facilitar los beneficios para usted, lo haremos.

<sup>1</sup> Con base en el promedio ponderado de las transacciones de ejemplo; red de EyeMed Insight/copago de examen de \$10/copago de materiales de \$10/asignación de armazón o lentes de contacto de \$120.



eye  
Med



## Cree una cuenta de afiliado en [eyemed.com](https://eyemed.com)

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

INDEPENDENT  
PROVIDER  
NETWORK



LENSCRAFTERS

PEARLE  
EST. 1961  
VISION

OPTICAL