

# Resumen de beneficios - California



Más por menos

Planes con excelentes beneficios, más ahorros adicionales como:

**40% de desc.**

en pares adicionales completos de espejos recetados<sup>1,2</sup>

**30% de desc.**

en artículos no cubiertos por el plan<sup>2</sup>

**15% de desc.**

en el precio minorista de LASIK o PRK Vision Correction en U.S. Laser Network.

Para conocer los proveedores de LASIK llame al 1.877.5LASER6<sup>2</sup>

## Servicios de cuidado de la visión - Red Advantage

	Plan de beneficios para la visión Bright		Plan de beneficios para la visión Bold		Plan de beneficios para la visión Healthy	
	Costo para miembros en la red	Reembolso fuera de la red <sup>3</sup>	Costo para miembros en la red	Reembolso fuera de la red <sup>3</sup>	Costo para miembros en la red	Reembolso fuera de la red <sup>3</sup>
<b>Examen con dilatación según sea necesario</b>	\$10 de copago	\$30	\$10 de copago	\$30	\$0 de copago	\$30
<b>Beneficio para imágenes de la retina</b>	Hasta \$39	N/D	Hasta \$39	N/D	Hasta \$39	N/D
<b>Monturas</b> (cualquier montura disponible en la sucursal del proveedor)	\$0 de copago; \$200 de asignación, 20% de descuento en el saldo en más de \$200	\$140	\$0 de copago, \$130 de asignación, 20% de descuento en el saldo en más de \$130	\$91	35% de descuento en el precio minorista	N/D
<b>Lentes estándar de plástico</b>						
Visión sencilla	\$20 de copago	\$25	\$20 de copago	\$25	\$55	N/D
Bifocales	\$20 de copago	\$40	\$20 de copago	\$40	\$75	N/D
Trifocales	\$20 de copago	\$55	\$20 de copago	\$55	\$85	N/D
Lentes progresivos estándar	\$20 de copago	\$70	\$80 de copago	\$40	\$135	N/D
Lentes progresivos Premium	\$20 de copago, 70% del precio menos los \$110 de asignación	\$70	\$80 de copago, 70% del precio menos los \$110 de asignación	\$40	30% de descuento en el precio minorista	N/D
<b>Opciones de lentes</b>						
Con protección UV	\$0 de copago	\$9	\$0 de copago	\$9	\$12	N/D
Con tinte (liso o con gradiente)	\$0 de copago	\$9	\$0 de copago	\$9	\$12	N/D
Lentes de plástico estándar con recubrimiento de protección contra rayones	\$0 de copago	\$9	\$0 de copago	\$9	\$12	N/D
Estándar de policarbonato, para adultos	\$0 de copago	\$25	\$35	N/D	\$35	N/D
Estándar de policarbonato, para niños menores de 19	\$0 de copago	\$25	\$0 de copago	\$25	\$35	N/D
Recubrimiento antirreflejo estándar	\$0 de copago	\$28	\$40	N/D	\$40	N/D
Otros complementos y servicios	30% de descuento en el precio minorista	N/D	30% de descuento en el precio minorista	N/D	30% de descuento en el precio minorista	N/D
<b>Prueba y seguimiento de lentes de contacto</b> (disponible después de haber completado un examen de la vista integral)						
Prueba y seguimiento de lentes de contacto estándar:	Hasta \$40	N/D	Hasta \$40	N/D	N/D	N/D
Prueba y seguimiento de lentes de contacto Premium:	10% de descuento en el precio minorista	N/D	10% de descuento en el precio minorista	N/D	N/D	N/D
<b>Lentes de contacto</b> (la asignación incluye únicamente los materiales.)						
Convencionales	\$0 de copago, \$200 de asignación, 15% de descuento en el saldo en más de \$200	\$160	\$0 de copago, \$130 de asignación, 15% de descuento en el saldo en más de \$130	\$104	15% de descuento en el precio minorista	N/D
Desechables	\$0 de copago, \$200 de asignación, más el saldo en más de \$200	\$160	\$0 de copago, \$130 de asignación, más el saldo en más de \$130	\$104	N/D	N/D
Indicados por el médico	\$0 de copago, completamente cubiertos	\$210	\$0 de copago, completamente cubiertos	\$210	N/D	N/D
<b>Frecuencia</b>						
Examen	Una vez por año del plan		Una vez por año del plan		Una vez por año del plan	
Lentes o lentes de contacto	Una vez por año del plan		Una vez por año del plan		Sin límites	

**DESCUENTOS:**<sup>1</sup>Descuentos por la compra de pares completos de espejos. Las monturas, los lentes y las opciones de lentes se deben adquirir en la misma compra para recibir el descuento completo. <sup>2</sup>Los descuentos están disponibles únicamente en proveedores de la red. No todos los proveedores de la red ofrecen todos los descuentos. Le sugerimos que confirme los descuentos disponibles de su proveedor antes de programar una cita. Los descuentos no son beneficios del seguro y no se aplican a los servicios profesionales de los proveedores de EyeMed, a ciertos materiales de marca para la vista en los que el fabricante impone prácticas comerciales sin descuentos, ni a los lentes de contacto. Los descuentos no se pueden combinar con otros descuentos ni ofertas promocionales. **REEMBOLSO POR COMPRAS FUERA DE LA RED:** <sup>3</sup>El reembolso para miembros por compras fuera de la red será el precio de lista o el costo real que paga el miembro al proveedor fuera de la red, lo que sea más bajo. En algunos estados, es posible que se exija a los miembros que abonen el precio minorista total y no la tarifa con descuento negociada con ciertos proveedores participantes. Consulte el buscador de proveedores de EyeMed para saber qué proveedores participantes aceptaron las tarifas con descuento. **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:** No se pagarán beneficios por servicios o materiales relacionados con cargos que surjan de: Ejercitación ortóptica o de la vista, asistencia para visión subnormal y cualquier análisis asociado, lentes anisocóncicos, tratamiento médico, patológico y/o quirúrgico de la vista, estructuras de apoyo para los ojos, **cualquier material para Any Vision (únicamente en el plan Healthy)**, examen Any Vision, o cualquier tipo de espejuelo de corrección exigido como condición para acceder a un empleo, gafas de seguridad, servicios prestados como resultado de cualquier tipo de legislación de compensación de trabajadores o similar, o exigidos por una agencia o programa gubernamental, así sea federal, estatal o de la subdivisión que corresponda, **lentes Plano (sin receta), gafas de sol sin receta o dos pares de espejos en lugar de bifocales (planes Bold y Bright únicamente)**. Esta póliza no cubre ningún impuesto a la venta que cobre el proveedor como parte de la transacción por servicios cubiertos. El asegurado debe pagar al proveedor todos los cargos que cobre dicho proveedor por servicios que no estén cubiertos por la póliza. Dichos cargos o materiales no están cubiertos por esta póliza. Los gastos en proveedores fuera de la red no corresponden a gastos de proveedores de la red y los gastos con proveedores de la red no corresponden a gastos de proveedores fuera de la red. Los proveedores no están obligados a ofrecer todas las marcas en todos los niveles. **SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:** Su cobertura de visión continuará hasta el último día de la prima paga, sujeto a un periodo de gracia. La cobertura finalizará en cualquier fecha de vencimiento de la prima en la que la Compañía decida no renovar la póliza o en cualquier fecha en la que usted envíe una solicitud por escrito para cancelar la cobertura. La cobertura de cualquier dependiente cubierto terminará en la misma fecha en la que termine su cobertura, al finalizar el año de la póliza en la que su dependiente deje de ser elegible o el último día de vigencia de la prima paga, sujeto a un periodo de gracia. Si se comete un fraude contra la compañía de seguros, se suspenderá toda la cobertura en la fecha en que un tribunal determine dicho fraude. Con respaldo de Fidelity Security Life Insurance Company of Kansas City, Missouri, administrado por First American Administrators e Insurance TPA.com y con el servicio de EyeMed. Venta telefónica por SASID, Inc. Número de póliza VC-134, número de formulario M-9172CA / M-9174CA. (PDF-1503+243 CA SP) ADV-VC134-05012016