



## 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 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 \$0	Hasta \$32
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	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 \$60 de asignación	Hasta \$30
<b>LENTES</b>		
Monofocales	Copago de \$0	Hasta \$25
Bifocales	Copago de \$0	Hasta \$36
Trifocales	Copago de \$0	Hasta \$46
Lenticulares	Copago de \$0	Hasta \$72
Progresivos estándar	Copago de \$50	Hasta \$36
Progresivos premium, nivel 1 - 3	Copago de \$70 - 95	Hasta \$36
Progresivos premium, nivel 4	Copago de \$50; descuento del 20% sobre el precio de venta cuando no se superen los \$120 de asignación	Hasta \$36
<b>OPCIONES DE LENTES</b>		
Recubrimiento antirreflejante estándar	Copago de \$35	No está cubierto
Recubrimiento antirreflejante premium, nivel 1 - 2	Copago de \$47 - 58	No está cubierto
Recubrimiento antirreflejante premium, nivel 3	Descuento del 20% sobre el precio de venta	No está cubierto
Fotocromático de plástico	Copago de \$65	No está cubierto
Polycarbonato estándar	Copago de \$30	No está cubierto
Polycarbonato estándar, menores de 19 años	Copago de \$0	No está cubierto
Recubrimiento contra rayaduras de plástico estándar	Copago de \$0	No está cubierto
Color sólido y difuminado	Copago de \$10	No está cubierto
Tratamiento contra los rayos ultravioleta (UV)	Copago de \$10	No está cubierto
Todas las demás opciones de lentes	Descuento del 20% sobre el precio de venta	No está cubierto
<b>LENTES DE CONTACTO</b>		
Lentes de contacto convencionales	Copago de \$0; descuento del 15% sobre el saldo cuando se superen los \$85 de asignación	Hasta \$85
Lentes de contacto desechables	Copago de \$0, 100% del saldo sobre \$85 de asignación	Hasta \$85
Lentes de contacto médicamente necesarios	Copago de \$0	Hasta \$225
<b>OTROS</b>		
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
<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA PERMITIDA - ADULTOS</b>	<b>FRECUENCIA PERMITIDA - NIÑOS</b>
Examen	Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio	Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio
Lentes	Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio	Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio
Armazón	Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio	Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio
Lentes de contacto	Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio	Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio

(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. Esas cuotas o materiales no están cubiertos por la póliza. Las asignaciones del beneficio no proporcionan ningún saldo restante para uso futuro dentro de la misma frecuencia del beneficio. No se pagarán beneficios por servicios o materiales relacionados o costos derivados de lo siguiente: servicios o materiales proporcionados por cualquier otro plan de beneficios grupal que brinde atención de la vista; tratamiento médico o quirúrgico de un ojo, dos ojos o estructuras de soporte; 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 anteojos correctivos que el titular de una póliza necesite como requisito necesario para el empleo; anteojos de seguridad; lentes de sol sin graduación; lentes planos (sin graduación); dos pares de lentes en lugar de bifocales; servicios prestados después de la fecha en la que una persona asegurada deje de tener cobertura de la póliza, excepto cuando se entreguen los materiales oftalmológicos que se hayan ordenado antes del fin de la cobertura y los servicios se presten a la persona asegurada en un plazo de 31 días a partir de la fecha de dicha orden; o los lentes, armazones, anteojos o lentes de contacto extraviados o rotos no se reemplazarán, excepto en la siguiente frecuencia del beneficio cuando los materiales oftalmológicos estén disponibles nuevamente. 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 pueden 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.

# ¿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,<sup>1</sup> pero nuestra larga lista de ofertas especiales lleva los beneficios aún más lejos.

## Recuerde, nunca está solo

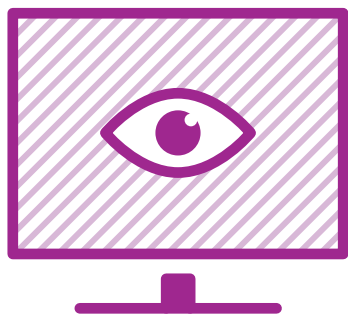
Siempre estamos aquí para ayudarle a utilizar sus beneficios como un profesional. Manténgase informado con alertas de mensajes de texto o recursos para una visión saludable de los expertos. Si puede facilitarles los beneficios, lo hacemos.

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

<sup>1</sup> 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](https://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  
VISION

OPTICAL®