

Servicios de atención de la vista	Costo para el afiliado dentro de la red	Reembolso fuera de la red
<b>Examen con dilatación, según sea necesario</b>	Copago de \$10	Hasta \$45
<b>Ajuste de lentes de contacto y seguimiento</b> (Puede acceder a visitas de seguimiento y ajuste de lentes de contacto una vez que se haya hecho un examen completo de la vista.)		
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto estándar†	Copago de \$40	N/D
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto premium†	10% de descuento del precio minorista	N/D
Diagnóstico por imágenes de la retina	Hasta \$39	N/D
<b>Marcos</b>	Copago de \$0, Asignación de \$130; 20% de descuento del saldo sobre \$130	Hasta \$90
<b>Lentes plásticas estándar</b>		
Monofocales	Copago de \$10	Hasta \$35
Bifocales	Copago de \$10	Hasta \$50
Trifocales	Copago de \$10	Hasta \$65
Lenticulares	Copago de \$10	Hasta \$65
Lentes progresivas estándar	\$75	Hasta \$70
Lentes progresivas premium	\$75, 80% del cargo menor que una asignación de \$120	Hasta \$70
<b>Opciones de lentes</b> (el afiliado las paga y se agregan al precio base de las lentes)		
Tratamiento UV	\$15	N/D
Color (sólido y difuminado)	\$15	N/D
Plástico estándar con recubrimiento contra rayaduras	\$0	Hasta \$5
Policarbonato estándar Adultos	\$40	N/D
Policarbonato estándar Niños menores de 19 años	\$0	Hasta \$5
Recubrimiento antirreflejo estándar	\$45	N/D
Polarizadas	20% de descuento del precio minorista	N/D
Fotocromáticas/Transición Adultos	80% de venta al por menor	N/D
Fotocromáticas/Transición Niños menores de 19 años	\$0	Hasta \$5
Otros accesorios y servicios	20% de descuento del precio minorista	N/D
<b>Lentes de contacto</b> (La asignación de lentes de contacto incluye sólo los materiales)		
Convencionales	Copago de \$0, Asignación de \$130; 15% de descuento del saldo sobre \$130	Hasta \$104
Desechables	Copago de \$0, Asignación de \$130; saldo sobre \$130	Hasta \$104
Medicamento necesarios	Copago de \$0, Cancelado en forma completa	Hasta \$200
<b>Corrección de la vista con láser</b>		
LASIK o PRK de la red U.S. Laser	15% de descuento del precio minorista O 5% de descuento del precio promocional	N/D
<b>Descuento en pares adicionales</b>		
Los afiliados también reciben un 40% de descuento en la compra de un par de anteojos completo y un 15% de descuento en los lentes de contacto convencionales una vez utilizado el beneficio financiado.		
<b>Frecuencia</b>		
Examen	Una vez cada año del plan	
Lentes (en lugar de lentes de contacto)	Una vez cada año del plan	
Lentes de contacto (en lugar de lentes)	Una vez cada año del plan	
Marcos	Una vez cada año del plan dos	
Examen Niños menores de 19 años	Dos veces cada año del plan	
Lentes (en lugar de lentes de contacto) Niños menores de 19 años	Dos veces cada año del plan	
Lentes de contacto (en lugar de lentes) Niños menores de 19 años	Una vez cada año de plan <sup>∞</sup>	
Marco Niños menores de 19 años	Una vez cada año del plan dos	

## ¿Quiere saber más?

- Para ver una lista completa de proveedores que se encuentren cerca de usted, utilice nuestro localizador de proveedores en: [www.eyemedvisioncare.com](http://www.eyemedvisioncare.com) y elija la red SELECT llame al 1-866-299-1358.
- Para contactar a los proveedores de Lasik, llame al 1-877-5LASER6.

## Características y descuentos adicionales:

- 40% de descuento adicional en la compra de anteojos.
- 20% de descuento en lentes de sol sin receta médica.
- 20% de descuento en el saldo restante que sobrepase la cobertura del plan.
- 15% de descuento en la corrección láser de la vista en precio minorista o 5% de descuento del precio promocional en los procedimientos Lasik o PRK.

† La revisión de lentes de contacto estándar está cubierta para los afiliados menores de 18 años. El ajuste premium se cubre con el 10% de descuento en compras minoristas menos una asignación de \$40.

∞ Para los afiliados menores de 18 años, si la receta médica de la vista cambia dentro del periodo de beneficios, el afiliado tiene derecho a un beneficio de lentes de plástico estándar adicionales.



# Utilice sus beneficios y obtenga grandes ahorros

## Costo por anteojos con lentes monofocales estándar

	Con EyeMed	Sin cobertura de la vista**
Paso 1: Hágase un examen de la vista	\$10	\$88
Paso 2: Elija un marco (asignación de \$130)	\$0	\$100
Selección un marco de \$170 (20% de descuento)	\$32	\$70
Paso 3: Elija una lente	\$10	\$75
Mejorada con policarbonato estándar	\$40	\$62
Con color	\$15	\$25
Paso 4: Analice el ahorro	\$107	\$420

Los ahorros **\$313 o 75% de ahorro**

## Costo por anteojos con lentes progresivas estándar

	Con EyeMed	Sin cobertura de la vista**
Paso 1: Hágase un examen de la vista	\$10	\$88
Paso 2: Elija un marco (asignación de \$130)	\$0	\$100
Selección un marco de \$170 (20% de descuento)	\$32	\$70
Paso 3: Elija una lente	\$75	\$194
Mejorada con policarbonato estándar	\$40	\$62
Con color	\$15	\$25
Paso 4: Analice el ahorro	\$172	\$539

Los ahorros **\$367 o 68% de ahorro**

## Costo por lentes de contacto desechables

	Con EyeMed	Sin cobertura de la vista**
Paso 1: Hágase un examen de la vista	\$10	\$88
Ajuste y seguimiento	\$40	\$74
Step 2: Compre los lentes de contacto	\$200	\$200
Asignación	\$130	\$0
Step 3: Analice el ahorro	\$120	\$362

Los ahorros **\$242 o 67% de ahorro**

\*\*Basado en los promedios de la industria. Los precios minoristas y los costos pueden variar por mercado y tipo de proveedor. Las lentes premium no están incluidas.

Visite el sitio [EyeMedVisionCare.com](http://EyeMedVisionCare.com) para obtener más información.

LENSCRAFTERS **PEARLE VISION** **Sears** **OPTICAL** JCPenney Optical **Private Practitioners**

**EyeMed**  
VISION CARE®

Los beneficios no cubren los servicios ni materiales que surgen de los siguientes: el entrenamiento de la vista u ortóptica, accesorios para la vista subnormal y cualquier prueba complementaria asociada; lentes anisocónicas; tratamiento médico y/o quirúrgico de un ojo, ambos ojos o las estructuras de soporte; cualquier examen de la vista o anteojos correctivos solicitados por el titular de una póliza como requisito necesario para el empleo; anteojos de seguridad; servicios proporcionados como resultado de la Ley de Compensación de los Trabajadores, o leyes similares, o exigidos por un programa o agencia de ayuda mental, ya sea federal, del estado o de las subdivisiones de éste; lentes y/o lentes de contacto sin receta; anteojos sin receta; dos pares de anteojos en lugar de bifocales; servicios o materiales proporcionados por cualquier otro plan de beneficios grupal que brinde atención de la vista; ciertos materiales oftalmológicos de marca específica sobre los cuales el fabricante no permite hacer descuentos; ni 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 oftalmológico que fue solicitado antes de que venciera la cobertura y los servicios prestados a la persona asegurada se dan dentro de los 31 días posteriores a la fecha en la que se dañaron dichos lentes, marcos, anteojos o lentes de contacto no se reemplazarán, excepto en la siguiente frecuencia de beneficios con materiales para la vista que estarán disponibles posteriormente. Los beneficios no se pueden combinar con ningún descuento, oferta promocional ni otros planes de beneficios grupales. Las lentes progresivas estándar/premium no se cubren como lentes bifocales. Las lentes progresivas estándar están cubiertas (las progresivas premium se financian como estándar). Suscrito por Combined Insurance Company of America, 5050 Broadway, Chicago, IL 60640, excepto en Nueva York. Este es un panorama general de sus beneficios. El Certificado de Seguro se encuentra archivado con su empleador.