

Resumen de los beneficios para la visión

PLAN 8: 12/12/24/\$130		MS 300 V
Frecuencia		
Examen		Una vez cada 12 meses
Lentes o lentes de contacto		Una vez cada 12 meses
Armazón		Una vez cada 24 meses
Ajuste y evaluación de lentes de contacto		No corresponde
Servicios de atención de la visión		
	Costo para miembros dentro de la red	Reembolso fuera de la red*
Examen con dilatación de pupilas (si es necesario)	Copago de \$10	Hasta \$30
Ajuste de lentes de contacto y seguimiento	Hasta \$40 para lentes estándar; 10 % de descuento del precio minorista para lentes prémium	No corresponde
Armazones		
Cualquier armazón disponible en la tienda del proveedor	Copago de \$0, asignación de \$130 y 20 % de descuento sobre el saldo que supere los \$130	Hasta \$65
Lentes estándar		
Lentes monofocales	Copago de \$25	Hasta \$25
Lentes bifocales	Copago de \$25	Hasta \$40
Lentes trifocales	Copago de \$25	Hasta \$55
Lentes lenticulares	Copago de \$25	Hasta \$55
Lentes progresivos estándar	Copago de \$90	Hasta \$40
Lentes progresivos prémium	Consulte el cuadro en la página 2.	Hasta \$40
Opciones de lentes		
Ahumados (uniforme y gradual)	\$15	No corresponde
Revestimiento antirrayas	\$0	Hasta \$5
Lentes de policarbonato	\$0 para niños; \$40 para adultos	Hasta \$5 para niños
Revestimiento de protección ultravioleta	\$15	No corresponde
Revestimiento antirreflectante	Consulte el cuadro en la página 2.	No corresponde
Lentes de alto índice	Descuento del 20 % sobre el precio minorista	No corresponde
Lentes polarizados	Descuento del 20 % sobre el precio minorista	No corresponde
Lentes de plástico fotocromáticos/Transitions	\$75	No corresponde
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)		
Convencionales	Copago de \$0, asignación de \$130 y 15 % de descuento sobre el saldo que supere los \$130	Hasta \$104
Desechables	Copago de \$0, asignación de \$130 más descuento sobre el saldo que supere los \$130	Hasta \$104
Médicamente necesarios	Copago de \$0 (cobertura total)	Hasta \$210
Otro		
Corrección visual con láser	15 % de descuento sobre el precio de venta minorista o 5 % de descuento sobre el precio promocional	No corresponde
Beneficio para pares adicionales	Descuento del 40 % en compras de pares completos de anteojos y del 15 % para lentes de contacto convencionales una vez que se haya utilizado el beneficio de financiación.	No corresponde
Descuento en atención de la audición de Amplifon	Descuento del 40 % en exámenes auditivos y precio bajo garantizado en audífonos con descuento	No corresponde
Descuentos adicionales	Descuento del 20 % en artículos no cubiertos (con limitaciones)	No corresponde
Prima mensual		
Empleado		\$6.30
Empleado + cónyuge		\$11.96
Empleado + hijo(s)		\$12.59
Empleado + familia		\$18.51

Requisitos: Todos los empleados activos de tiempo completo, según lo definido por su empleador. La cobertura de dependientes está disponible hasta los 26 años de edad.



Descuentos adicionales

40 % DE DESCUENTO

en un par completo de anteojos recetados

20 % DE DESCUENTO

en anteojos de sol no recetados

20 % DE DESCUENTO

en el saldo restante que no cubra el plan

Estos descuentos no son beneficios del seguro y son solamente para proveedores de la red.

Eche un vistazo antes de inscribirse

- Para obtener una lista completa de los proveedores de la red cerca de donde vive, visite eyemedvisioncare.com/BCBSTXVIS o llame al 1-855-556-8796.
- Para obtener información sobre los proveedores de LASIK, llame al 1-877-5LASER6.



BlueCross BlueShield of Texas

Atención de la visión

Los productos de seguro son emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St., Suite 300, Lombard, IL 60148.

Resumen de beneficios (continuación)

Lista de precios para lentes progresivos ¹	Costo para miembros dentro de la red
Lentes progresivos estándar	Copago de \$90

Lentes progresivos prémium ² como se indica debajo:	
Nivel 1	Copago de \$110
Nivel 2	Copago de \$120
Nivel 3	Copago de \$135
Nivel 4	Copago de \$90 80 % de los cargos menos \$120 en concepto de asignación

Lista de precios para lentes con revestimiento antirreflectante ¹	Costo para miembros dentro de la red
Revestimiento antirreflectante estándar	\$45

Revestimientos antirreflectantes prémium ² como se indica debajo:	
Nivel 1	\$57
Nivel 2	\$68
Nivel 3	80 % de los cargos

Lista de precios de otros complementos	Costo para miembros dentro de la red
Fotocromáticos	\$75
Polarizados	80 % de los cargos

Exclusiones del plan

1. Ortóptica o entrenamiento de la visión, accesorios para corregir la visión subnormal y cualquier prueba complementaria relacionada; lentes isocónicas.
2. Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o las estructuras de apoyo.
3. Cualquier examen ocular o de la visión (o lentes correctivos correspondientes) que un asegurado requiera como condición para el empleo; lentes de seguridad.
4. Servicios brindados a raíz de una ley de compensación de los trabajadores (o legislación similar) o requeridos por alguna agencia o programa gubernamental, ya sean federales, estatales o de otras jurisdicciones.
5. Lentes o lentes de contacto planos (no recetados).
6. Anteojos de sol no recetados.
7. Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
8. Servicios brindados después de la fecha en que la persona asegurada deja de tener de cobertura conforme a la póliza, salvo cuando los materiales para la visión solicitados antes de la finalización de la cobertura se entreguen después y los servicios brindados a la persona asegurada estén dentro de los 31 días posteriores a la fecha de dicha solicitud de materiales.
9. Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro plan de beneficios de grupo que brinde servicios de atención de la visión.
10. Los lentes, armazones, anteojos o lentes de contacto extraviados o rotos no serán reemplazados, salvo cuando se renueve la frecuencia de los beneficios y los materiales para la visión vuelvan a estar disponibles.



¹El reembolso para miembros que consulten a proveedores fuera de la red será el monto de la lista o el costo real del proveedor fuera de la red en el que incurra el miembro (el que sea menor). En algunos estados, es posible que los miembros deban pagar la totalidad de la tarifa minorista. ²Blue Cross Blue Shield of Texas se reserva el derecho de realizar cambios en los productos de cada nivel y en los costos de desembolso del miembro. Los precios fijos reflejan las marcas que figuran en los niveles de cada producto. No es necesario que todos los proveedores tengan todas las marcas de todos los niveles. ³ Las denominaciones "progresivos prémium" y "antirreflectantes prémium" están sujetas a revisiones anuales a cargo del director médico de EyeMed y pueden sufrir cambios según las condiciones de mercado. Los precios fijos reflejan las marcas que figuran en los niveles de cada producto. No es necesario que todos los proveedores tengan todas las marcas de todos los niveles. No están disponibles en todos los estados. Algunas disposiciones, beneficios, exclusiones o limitaciones que figuran en el presente documento pueden variar.

Para empleados. Este folleto solo tiene fines ilustrativos y no constituye un contrato. El único propósito es el de ofrecer un breve resumen del tipo de póliza y de la cobertura de seguro que se anuncia. La póliza proporciona los términos de cobertura vigentes, incluidas todas las exclusiones, condiciones y limitaciones de cobertura.

Todos los planes se rigen por un plazo contractual de 48 meses y una garantía tarifaria de 48 meses. La prima está sujeta a ajustes, incluso durante un período de garantía tarifaria, en caso de que ocurra alguna de las siguientes situaciones: cambios en los beneficios, las contribuciones del empleado o la cantidad de empleados elegibles, o la aplicación de nuevos impuestos, honorarios o valoraciones a cargo de entes reguladores estatales o federales. No es posible combinar los beneficios con otros descuentos, ofertas promocionales u otros planes de beneficios de grupo. No es posible usar el saldo restante de una asignación de beneficios en el futuro dentro del mismo año de beneficios. Debe pagar al proveedor todos los cargos que se apliquen por los beneficios no asegurados. Dichos cargos o materiales no están cubiertos. Este es un resumen de sus beneficios. El Certificado de seguro se encuentra en los registros de su empleador.

Los beneficios están disponibles por medio de la red de proveedores EyeMed Vision Care, LLC, y son administrados por First American Administrators, Inc., compañías independientes que ofrecen beneficios en nombre de Blue Cross and Blue Shield of Texas. Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Blue Cross and Blue Shield of Texas es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.