



Vision Care RR Donnelley EyeMed *SELECT Network*
 Favor contactar al 1-866-299-1358 o visite www.eyemed.com con preguntas adicionales

EyeMed Vision Care conjuntamente con Fidelity Security Life Insurance Company of New York

Servicios de Cuidado de Visión	EyeMed		EyeMed MEJORADO	
	Costo a Miembro	Reembolso Fuera de Red	Costo a Miembro	Reembolso Fuera de Red
Examen con Dilatación Según Sea Necesario	\$10 Copago	Hasta \$35	\$0 Copago	Hasta \$35
Opciones de Examen				
Ajuste de Lentes de Contacto Estándar y Seguimiento	Hasta \$40	N/D	\$0 Copago, Pago Completo de Ajuste y dos visitas de seguimiento	Hasta \$40
Ajuste de Lentes de Contacto Premium y Seguimiento	10% de descuento del precio al detal	N/D	\$0 Copago, 10% de descuento del precio al detal, entonces aplicar la asignación de \$40	Hasta \$40
	\$0 Copago; \$130 de Asignación, 20% de descuento del balance sobre \$130	Hasta \$60	\$0 Copago; \$160 de Asignación, 20% de descuento del balance sobre \$160	Hasta \$80
Standard Plastic Lenses				
Visión Sencilla	\$20 Copago	Hasta \$25	\$10 Copago	Hasta \$25
Bifocal	\$20 Copago	Hasta \$40	\$10 Copago	Hasta \$40
Trifocal	\$20 Copago	Hasta \$55	\$10 Copago	Hasta \$55
Lenticulares	\$20 Copago	Hasta \$80	\$10 Copago	Hasta \$80
Lente Progresivo Estándar*	\$85 Copago	Hasta \$40	\$10 Copago	Hasta \$55
Lente Progresivo Premium*	Ver prima fija lista de precios a continuación	Hasta \$40	Ver prima fija lista de precios a continuación	Hasta \$55
Opciones de Lentes				
Tratamiento UV	\$15	N/D	\$0 Copago	Hasta \$5
Tinte (Sólido y gradiente)	\$15	N/D	\$0 Copago	Hasta \$5
Capa Estándar Anti-rayazos	\$0 Copago	Hasta \$5	\$0 Copago	Hasta \$5
Polycarbonato estándar - Adultos	\$40	N/D	\$0 Copago	Hasta \$5
Polycarbonato estándar - Niños menores de 19 años	\$0 Copago	Hasta \$5	\$0 Copago	Hasta \$5
Capa Estándar Anti-reflectiva	\$45	N/D	\$0 Copago	Hasta \$5
Polarizados	20% de descuento del precio al detal	N/D	20% de descuento del precio al detal	N/D
Fotocromáticos - plástico	\$75	N/D	\$75	N/D
Capa Anti-Reflectiva Premium	Ve la lista de precios fijos más abajo	N/D	Ve la lista de precios fijos más abajo	Hasta \$5
Otros tratamientos	20% de descuento del precio al detal	N/D	20% de descuento del precio al detal	N/D
Lentes de Contacto				
<i>Asignación de lentes de contacto incluye materiales sólo</i>				
Convencional	\$0 Copago; Asignación de \$150, 15% de descuento del balance sobre \$150	Hasta \$150	\$0 Copago; Asignación de \$170, 15% de descuento del balance sobre \$170	Hasta \$150
Desechables	\$0 Copago; Asignación de \$150, más balance sobre \$150	Hasta \$150	\$0 Copago; Asignación de \$170, más balance sobre \$170	Hasta \$150
Medicamente Necesarios	\$0 Copago, Pago Completo	Hasta \$210	\$0 Copago, Pago Completo	Hasta \$210
Laser Vision Correction				
Para Proveedores de Lasik llame a 1-877-5LASER6 or visit eyemedlasik.com .	15% de descuento del precio al detal o 5% de descuento del precio promocional	N/D	15% de descuento del precio al detal o 5% de descuento del precio promocional	N/D
Beneficios Adicionales en Pares	Los miembros también reciben un descuento de 40% en compras de espejuelos completos y un 15% descuento en lentes de contacto convencionales una vez que se ha utilizado el beneficio financiado.	N/D	Los miembros también reciben un descuento de 40% en compras de espejuelos completos y un 15% descuento en lentes de contacto convencionales una vez que se ha utilizado el beneficio financiado.	N/D
Miembro programa de coste				
Lentes progresivas estándar	\$85 Copago	Hasta \$40	\$10 Copago	Hasta \$55
Lentes progresivas - Nivel 1-3	\$105-\$130 Copago	Hasta \$40	\$30-\$55 Copago	Hasta \$55
Lentes progresivas - Nivel 4	\$85 Copago, 80% del cargo menos la Asignación de \$120	Hasta \$40	\$10 Copago, 80% del cargo menos la Asignación de \$120	Hasta \$55
Recubrimiento antirreflectante	\$45	N/D	\$0 Copago	Hasta \$5
Recubrimiento antirreflectante - Tier 1-2	\$57-\$68 Copago	N/D	\$12-\$23 Copago	Hasta \$5
Recubrimiento antirreflectante - Tier 3	80% del cargo	N/D	\$0 Copago, 80% del cargo menos la Asignación de \$45	Hasta \$5
* Lente estándar progresivo cubierto - lente premium progresivo financiar como estándar	Frecuencia		Frecuencia	
	Examen	Una vez cada 12 meses	Examen	Una vez cada 12 meses
	Montura	Una vez cada 24 meses	Montura	Una vez cada 12 meses
	Lentes	Una vez cada 12 meses	Lentes	Una vez cada 12 meses
	O		O	
	Lentes de Contacto	Una vez cada 12 meses	Lentes de Contacto	Una vez cada 12 meses

Limitaciones y Exclusiones del Plan

1) Ortóptico o terapia visual, ayudas de visión subnormal y cualquier prueba suplementaria asociada; lentes Aniseiónicos ; 2) Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o estructuras de soporte; 3) Cualquier examen de la visión o cualquier espejuelos corrector requeridos por el titular de la póliza como condición de empleo; gafas de seguridad; 4) Servicios proporcionados como resultado de cualquier Derecho de Compensación a Trabajadores o una legislación similar, o requerido por cualquier agencia gubernamental o programa, ya sea federal, estatal o sus subdivisiones. 5) Lentes Planos (sin receta) y/o lentes de contacto; 6) Gafas de sol sin receta; 7) Dos pares de espejuelo en lugar de lentes bifocales; 8) Servicios o materiales provistos por cualquier plan grupal de beneficios proveyendo cuidado de la visión ; 9)Servicios prestados después de la fecha que un asegurado deja de ser cubierto por la Póliza, excepto cuando los Materiales de Visión ordenados antes que la cobertura ha terminado son entregados, y los servicios rendidos a la Persona asegurada están dentro de 31 días a partir de la fecha de dicha orden. 10) Lentes perdidos o rotos, monturas, espejuelos o lentes de contacto no serán reemplazados excepto en la siguiente Frecuencia de Beneficios cuando los Materiales de Visión estén disponibles.

Detalles Adicionales del Plan

Miembro recibe un 20% de descuento en artículos no cubiertos por el plan en la red de proveedores. Descuento no se aplica a servicios profesionales del proveedor de EyeMed , o a lentes de contacto. Descuentos del plan no se puede combinar con otros descuentos o promociones. Las Asignaciones de Beneficio no proporcionan ningún saldo restante para uso futuro dentro de la misma frecuencia de beneficio. Suscrito por Fidelity Security Life Insurance Company of Kansas City, Missouri, excepto en Nueva York. Póliza de Fidelity Security Life 19/VC-20, número de formulario M-9083. Este es un panorama general de sus beneficios. El Certificado de Seguro se encuentra archivado con su empleador.