



Guest Services, Inc.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Descuentos adicionales

40% DESCUENTO
en par de anteojos completo con receta

20% DESCUENTO
en gafas de sol sin receta

20% DESCUENTO
de descuento del saldo restante fuera de la cobertura del plan

Estos descuentos no son beneficios asegurados y son para proveedores dentro de la red solamente

Eche un vistazo antes de inscribirse

- Usted se encuentra en la red INSIGHT
- Para ver una lista completa de proveedores de la red cerca de su domicilio, utilice el Localizador de proveedores optimizado en eyemed.com o llame al 1.866.804.0982.
- Para proveedores de LASIK, llame al 1.877.5LASER6.

Servicios de atención oftalmológica	Costo para miembros de la red	Reembolso por servicios fuera de la red
Examen con dilatación según sea necesario	\$0 de copago	Hasta \$50
Diagnóstico por imagen de retina	Hasta \$39	N/D
Monturas	\$0 de copago, \$150 de prestación; 20% del saldo superior a \$150	Hasta \$70
Lentes de plástico estándar		
Monofocales	\$20 de copago	Hasta \$50
Bifocales	\$20 de copago	Hasta \$75
Trifocales	\$20 de copago	Hasta \$100
Lentes progresivas estándar	\$70 de copago	Hasta \$75
Lentes progresivas premium ^A	\$90 de copago - \$115 de copago	
Nivel 1	\$90 de copago	Hasta \$75
Nivel 2	\$100 de copago	Hasta \$75
Nivel 3	\$115 de copago	Hasta \$75
Nivel 4	\$70 de copago, 20% del precio minorista menos \$120 de prestación	Hasta \$75
Lenticulares	\$20 de copago	Hasta \$125
Opciones de lentes (Pagados por miembro adicional al precio del lente)		
Tratamiento UV	\$15	N/D
Tinte (sólido y gradiente)	\$15	N/D
Recubrimiento de plástico estándar antirrayones	\$15	N/D
Policarbonato estándar	\$40	N/D
Policarbonato estándar (menores de 19 años)	\$0	Hasta \$5
Recubrimiento antirreflectante estándar	\$45	N/D
Recubrimiento antirreflectante premium ^A	\$57 - \$68	N/D
Nivel 1	\$57	N/D
Nivel 2	\$68	N/D
Nivel 3	80% del cargo	N/D
Fotocromáticos/Transición	\$75	N/D
Polarizado	20% del precio minorista	N/D
Otros accesorios y servicios	20% del precio minorista	N/D
Adaptación de lentes de contacto y seguimiento (La adaptación de lentes de contacto y las consultas de seguimiento están disponibles una vez que se haya realizado un examen oftalmológico completo)		
Adaptación de lentes de contacto estándar y seguimiento	Hasta \$40	N/D
Adaptación de lentes de contacto premium y seguimiento	10% del precio minorista	N/D
Lentes de contacto (La prestación de lentes de contacto incluye materiales solamente.)		
Convencionales	\$0 de copago, \$150 de prestación; 15% del saldo superior a \$150	Hasta \$105
Desechables	\$0 de copago, \$150 de prestación; más el saldo más de \$150	Hasta \$105
De necesidad médica	\$0 de copago, cobertura completa	Hasta \$210
Corrección visual con láser		
LASIK o PRK de la U.S. Laser Network	15% del precio minorista o 5% del precio promocional	N/D
Frecuencia		
Exámenes	Una vez por año calendario	
Lentes o lentes de contacto	Una vez por año calendario	
Monturas	Una vez por año calendario	

No se brindan beneficios de materiales o servicios que surjan de: evaluación oftalmológica u ortóptica, dispositivos para corregir la visión y todo análisis complementario asociado; lentes anisocónicas, tratamiento médico o quirúrgico sobre el ojo, ojos o estructuras de soporte; cualquier examen oftalmológico o cualquier lente correctiva que requiera un titular de póliza como una condición de empleo; lentes de seguridad; servicios prestados como resultado de alguna ley de compensación de trabajadores o leyes similares, o que se requieran por organismos o programas gubernamentales, ya sean federales, estatales o subdivisiones de los mismos; lentes planos (sin receta); gafas de sol sin receta; dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales; servicios o materiales provistos por cualquier otro plan de beneficios grupal que ofrece atención oftalmológica; servicios prestados después de la fecha en que una persona asegurada haya dejado de ser beneficiaria de la póliza, a excepción de cuando se solicitan materiales oftalmológicos que se entregan antes de la finalización de la cobertura, y cuando los servicios prestados a la persona asegurada se encuentran dentro de un plazo de 31 días posterior a la fecha de dicha solicitud. No se reemplazarán lentes, monturas, anteojos o lentes de contacto que se rompan o extravíen, excepto en la siguiente Frecuencia de beneficios donde los materiales oftalmológicos valdrán a estar disponibles. Los beneficios no pueden combinarse con ningún descuento, oferta promocional u otro plan de beneficios grupal. No están cubiertas las lentes progresivas estándar/premium (se financian como lentes bifocales). Lentes progresivas estándar cubiertas: se financian lentes progresivas premium como estándar. La prestación de beneficios no brinda el saldo restante para futuros usos en el mismo año de cobertura. ΔLas designaciones de lentes antirreflectantes premium y de lentes progresivas premium están sujetas a revisiones anuales por parte del director médico de EyeMed y están sujetas a cambios de acuerdo con las condiciones del mercado. Los precios fijos reflejan las marcas a nivel de productos de lista. No es necesario que todos los proveedores tengan todas las marcas en todos los niveles. No disponible en todos los estados. Algunas disposiciones, beneficios, exclusiones o limitaciones aquí incluidas pueden variar. Suscrito por Combined Insurance Company of America, 111 East Wacker Drive, Chicago, IL 60601, excepto en Nueva York. Este es un resumen general de sus beneficios. El Certificado de Seguro se encuentra archivado con su empleador.

¿En qué me beneficia?

Opciones. Es realmente simple. Estamos dedicados a ayudarle a ver claramente, y por eso hemos creado una red que le da muchas opciones y flexibilidad. Usted puede elegir entre miles de proveedores al público independientes para encontrar los lentes que mejor se adapten a sus necesidades y programa. No importa cuáles elija, nuestro plan está diseñado para ser fácil de usar y ayudarle a obtener acceso a la atención que necesita. Bienvenidos a EyeMed.



Panorama general de beneficios	con EyeMed	Fuera de la Red de Reembolso
Examen, con dilatación según sea necesario (Una vez por año calendario)	\$0 de copago	Hasta \$50
Monturas (Una vez por año calendario)	\$0 de copago, \$150 de prestación; 20% del saldo superior a \$150	Hasta \$70
Lentes monofocales (Una vez por año calendario)	\$20 de copago	Hasta \$50
Contacto (Una vez por año calendario)	\$0 de copago, \$150 de prestación; más el saldo más de \$150	Hasta \$105

Llegó el momento de desglosar:

A continuación, se incluye un ejemplo sobre los gastos en los que podría incurrir por un par de anteojos en comparación con los pagos en los que podría incurrir si no tuviese cobertura oftalmológica. Entonces, digamos que usted se somete a un examen ocular y elige un marco que cuesta \$163 con lentes monofocales y protección antirrayones y UV. Ahora veamos la diferencia...

85%
de AHORRO
con nosotros

Con EyeMed	Sin cobertura de seguro**
Examen \$0 de copago	Examen \$106
Marco \$163 - \$150 de prestación \$13 - \$2.60 (20% de descuento del saldo) \$10.40	Marco \$163
Lentes \$20 de copago Adicional de \$15 para el tratamiento UV + Adicional de \$15 para recubrimiento antirrayones \$50	Lentes \$78 Adicional de \$23 para el tratamiento UV + Adicional de \$25 para recubrimiento antirrayones \$126
Total \$60.40	Total \$395



Descargar la aplicación para miembros de EyeMed

Es la manera más fácil de ver su tarjeta de identificación, ver los detalles de los beneficios y encontrar un proveedor cerca de usted.

