

# Resume de Beneficios de Vision

## Universal Beauty Products, Inc.

PLAN 8: 12/12/24/\$130		MS300
<b>Frecuencia</b>		
Examen	Una vez cada 12 meses	
Lentes o lentes de contacto	Una vez cada 12 meses	
Armazón	Una vez cada 24 meses	
Colocación y evaluación de lentes de contacto	No corresponde	
<b>Servicios de atención de la visión</b>		
Examen con dilatación de pupilas (si es necesario)	Copago de \$10	Hasta \$30
Colocación y seguimiento de lentes de contacto	Hasta \$40 para lentes estándar; 10 % de descuento del precio minorista para lentes premium	No corresponde
<b>Armazones</b>		
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
<b>Lentes estándar</b>		
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 premium	Consulte el cuadro en la página 2.	Hasta \$40
<b>Opciones de lentes</b>		
Ahumados (parejo y gradual)	\$15	No corresponde
Recubrimiento 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
<b>Lentes de contacto (en lugar de anteojos)</b>		
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
<b>Otro</b>		
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 % sobre las compras de pares completos de anteojos 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
<b>Tarifas mensuales</b>		
Empleado	\$7.60	
Empleado + cónyuge	\$14.44	
Empleado + hijo(s)	\$15.20	
Empleado + familia	\$22.35	

**Elegibilidad:** 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 asegurados 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/bcbsilvis](http://eyemedvisioncare.com/bcbsilvis) o llame al 1.855.362.5539.
- Para obtener información sobre los proveedores de LASIK, llame al 1-877-5LASER6.



BlueCross BlueShield of Illinois

Vision Care

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 <sup>2</sup>	Costo para miembros dentro de la red
Lentes progresivos estándar	Copago de \$90

Lentes progresivos prémium <sup>3</sup> 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 antirreflectant <sup>2</sup>	Costo para miembros dentro de la red
Revestimiento antirreflectante estándar	\$45

Revestimientos antirreflectantes prémium <sup>3</sup> 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 para aniseiconia.
2. Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o las estructuras de apoyo.
3. Todo examen ocular o de la visión (o lentes correctivos correspondientes) que un asegurado requiera como condición de empleo; lentes de seguridad.
4. Servicios brindados como resultado de toda 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 cobertura en virtud de 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.



<sup>1</sup>El 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. <sup>2</sup>Blue Cross and Blue Shield of Illinois 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. <sup>3</sup>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 disponible en todos los estados. Algunas disposiciones, beneficios, exclusiones o limitaciones que figuran en el presente documento pueden variar.

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 los cargos aplicados por beneficios no asegurados en su totalidad al proveedor. 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 Illinois. Blue Cross and Blue Shield of Illinois es 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 Illinois 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 and Blue Shield.