

# Resumen de los beneficios para la visión

## Texas Operators Association

| Frecuencia                                              |                                                                                                                                                                            |                            |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Examen                                                  | Una vez por año calendario                                                                                                                                                 |                            |
| Lentes o lentes de contacto                             | Una vez por año calendario                                                                                                                                                 |                            |
| Armazón                                                 | Una vez por año calendario                                                                                                                                                 |                            |
| 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 \$200 y 20 % de descuento sobre el saldo que supere los \$200                                                                                 | Hasta \$150                |
| Lentes estándar                                         |                                                                                                                                                                            |                            |
| Lentes monofocales                                      | Copago de \$0                                                                                                                                                              | Hasta \$25                 |
| Lentes bifocales                                        | Copago de \$0                                                                                                                                                              | Hasta \$40                 |
| Lentes trifocales                                       | Copago de \$0                                                                                                                                                              | Hasta \$55                 |
| Lentes lenticulares                                     | Copago de \$0                                                                                                                                                              | Hasta \$55                 |
| Lentes progresivos estándar                             | Copago de \$65                                                                                                                                                             | 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                                | \$15                                                                                                                                                                       | No corresponde             |
| Lentes de policarbonato                                 | \$0 para niños; \$40 para adultos                                                                                                                                          | Hasta \$20 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 \$200 y 15 % de descuento sobre el saldo que supere los \$200                                                                                 | Hasta \$160                |
| Desechables                                             | Copago de \$0, asignación de \$200 más descuento sobre el saldo que supere los \$200                                                                                       | Hasta \$160                |
| 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                                                | \$10.36                                                                                                                                                                    |                            |
| Empleado + cónyuge                                      | \$20.50                                                                                                                                                                    |                            |
| Empleado + hijo(s)                                      | \$20.70                                                                                                                                                                    |                            |
| Empleado + familia                                      | \$28.30                                                                                                                                                                    |                            |

**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](http://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 <sup>1</sup> | Costo para miembros dentro de la red |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Lentes progresivos estándar                           | Copago de \$65                       |

|                                                                |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Lentes progresivos premium <sup>2</sup> como se indica debajo: |                                                                         |
| Nivel 1                                                        | Copago de \$85                                                          |
| Nivel 2                                                        | Copago de \$95                                                          |
| Nivel 3                                                        | Copago de \$110                                                         |
| Nivel 4                                                        | Copago de \$75 80 % de los cargos menos \$120 en concepto de asignación |

| Lista de precios para lentes con revestimiento antirreflectante <sup>1</sup> | Costo para miembros dentro de la red |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Revestimiento antirreflectante estándar                                      | \$45                                 |

|                                                                              |                    |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Revestimientos antirreflectantes premium <sup>2</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 isecónicas.
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.



<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 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. <sup>3</sup> Las denominaciones "progresivos premium" y "antirreflectantes premium" 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.