



# US Federation of Workers Cooperative

## 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 a los beneficios 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](http://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	\$10 de copago	Hasta \$40
Diagnóstico por imagen de retina	Hasta \$39	N/D
<b>Monturas</b>	\$0 de copago, \$130 de prestación; 20% del saldo superior a \$130	Hasta \$91
<b>Lentes de plástico estándar</b>		
Monofocales	\$20 de copago	Hasta \$30
Bifocales	\$20 de copago	Hasta \$50
Trifocales	\$20 de copago	Hasta \$70
Lentes progresivas estándar	\$85 de copago	Hasta \$50
Lentes progresivas premium <sup>Δ</sup>	\$105 de copago - \$130 de copago	
Nivel 1	\$105 de copago	Hasta \$50
Nivel 2	\$115 de copago	Hasta \$50
Nivel 3	\$130 de copago	Hasta \$50
Nivel 4	\$85 de copago, 20% del precio menos \$120 de Asignación	Hasta \$50
Lenticulares	\$20 de copago	Hasta \$70
<b>Opciones de lentes (Pagados por miembro adicional al precio del lente)</b>		
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)	\$40	N/D
Recubrimiento antirreflectante estándar	\$45	N/D
Recubrimiento antirreflectante premium <sup>Δ</sup>	\$57 - \$68	N/D
Nivel 1	\$57	N/D
Nivel 2	\$68	N/D
Nivel 3	80% de la carga	N/D
Fotocromáticos/Transición	\$75	N/D
Polarizado	20% del precio minorista	N/D
Otros accesorios y servicios	20% del precio minorista	N/D
<b>Adaptación de lentes de contacto y seguimiento</b> (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
<b>Lentes de contacto</b> (La prestación de lentes de contacto incluye materiales solamente)		
Convencionales	\$0 de copago, \$130 de prestación; 15% del saldo superior a \$130	Hasta \$130
Desechables	\$0 de copago, \$130 de prestación; más el saldo más de \$130	Hasta \$130
De necesidad médica	\$0 de copago, cobertura completa	Hasta \$210
<b>Corrección visual con láser</b>		
LASIK o PRK de la U.S. Laser Network	15% del precio minorista o 5% del precio promocional	N/D
<b>Cuidado del oído</b>		
Cuidado del oído provisto por la red	40% de descuento en exámenes auditivos y garantía de precios más bajos en audífonos con descuento	
Amplifon Hearing Health Care		
<b>Frecuencia</b>		
Exámenes	Una vez cada 12 meses	
Lentes o lentes de contacto	Una vez cada 12 meses	
Monturas	Una vez cada 24 meses	

No se brindan beneficios de materiales o servicios que surjan de: evaluación oftalmológica u óptica, 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 volverán 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 Fidelity Security Life Insurance Company de 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.

# ¿Qué puedo recibir yo?

Opciones. De verdad, es simple. Le ayudamos a ver con claridad, y es por eso que hemos creado una red que le brinda muchas opciones y flexibilidad. Puede elegir entre miles de proveedores independientes y minoristas para hallar al que más se ajuste a sus necesidades y horarios. No importa a cuál elija, nuestro plan está diseñado para ser fácil de usar y para ayudarle a acceder a la atención que necesita. Le damos la bienvenida a EyeMed



Panorama general de beneficios	con EyeMed	Fuera de la Red de Reembolso
Examen, con dilatación según sea necesario (una vez cada 12 meses)	\$10 de copago	Hasta \$40
Monturas (una vez cada 24 meses)	\$0 de copago, \$130 de prestación; 20% del saldo superior a \$130	Hasta \$91
Lentes monofocales (una vez cada 12 meses)	\$20 de copago	Hasta \$30
o		
Contacto (una vez cada 12 meses)	\$0 de copago, \$130 de prestación; más el saldo más de \$130	Hasta \$130

## Ahora es momento de hacer un análisis . . .

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...

**78%**  
de AHORRO  
con nosotros

Con EyeMed	Sin cobertura de seguro**
Examen \$10 de copago	Examen \$106
Marco \$163	Marco \$163
<u>-\$130 de prestación</u>	
\$33	
<u>-\$6.60 (20% de descuento del saldo)</u>	
\$26.40	
Lentes \$20 de copago	Lentes \$78
Adicional de \$15 para el tratamiento UV	Adicional de \$23 para el tratamiento UV
+ Adicional de \$15 para recubrimiento antirrayones	+ Adicional de \$25 para recubrimiento antirrayones
\$50	\$126
Total \$86.40	Total \$395



## Descargue la aplicación de EyeMed para iPhone

Es una forma fácil de ver su tarjeta de identificación, ver los detalles de los beneficios y encontrar a un prestador cercano a su domicilio.



\* Este es un panorama general de sus beneficios. Los ahorros reales dependerán de las selecciones del prestador, lentes y monturas. \*\* Con base en los promedios de la industria.