

Summary of Benefits - Covered California



More for less

Great benefit plans, plus additional savings, such as:

40% off

additional complete pairs of prescription eyeglasses ^{1,2}

30% off

items not covered by plan²

15% off

retail price of LASIK or PRK Vision Correction at U.S. Laser Network. For LASIK providers call 1.877.5LASER6²

Vision Care Services - Advantage Network

	Bright Vision Benefits Plan		Bold Vision Benefits Plan		Healthy Vision Benefits Plan	
	In-Network Member Cost	Out-of-Network Reimbursement ³	In-Network Member Cost	Out-of-Network Reimbursement ³	In-Network Member Cost	Out-of-Network Reimbursement ³
Exam With Dilation as Necessary	\$10 co-pay	\$30	\$10 co-pay	\$30	\$0 co-pay	\$30
*Retinal Imaging Benefit	Up to \$39	N/A	Up to \$39	N/A	Up to \$39	N/A
Frames (Any available frame at provider location)	\$0 co-pay; \$200 allowance, 20% off balance over \$200	\$140	\$0 co-pay; \$130 allowance, 20% off balance over \$130	\$91	35% off retail price	N/A
Standard Plastic Lenses						
Single Vision	\$20 co-pay	\$25	\$20 co-pay	\$25	\$55	N/A
Bifocal	\$20 co-pay	\$40	\$20 co-pay	\$40	\$75	N/A
Trifocal	\$20 co-pay	\$55	\$20 co-pay	\$55	\$85	N/A
Standard Progressive Lens	\$20 co-pay	\$70	\$80 co-pay	\$40	\$135	N/A
Premium Progressive Lens	\$20 co-pay, 70% of charge less \$110 allowance	\$70	\$80 co-pay, 70% of charge less \$110 allowance	\$40	30% off retail price	N/A
Lens Options						
UV Treatment	\$0 co-pay	\$9	\$0 co-pay	\$9	\$12	N/A
Tint (Solid and Gradient)	\$0 co-pay	\$9	\$0 co-pay	\$9	\$12	N/A
Standard Plastic Scratch Coating	\$0 co-pay	\$9	\$0 co-pay	\$9	\$12	N/A
Standard Polycarbonate - Adults	\$0 co-pay	\$25	\$35	N/A	\$35	N/A
Standard Polycarbonate - Kids under 19	\$0 co-pay	\$25	\$0 co-pay	\$25	\$35	N/A
Standard Anti-Reflective Coating	\$0 co-pay	\$28	\$40	N/A	\$40	N/A
* Other Add-Ons & Services	30% off retail price	N/A	30% off retail price	N/A	30% off retail price	N/A
* Contact Lens Fit and Follow-Up (Available once a comprehensive eye exam has been completed)						
* Standard Contact Lens Fit and Follow-Up:	Up to \$40	N/A	Up to \$40	N/A	N/A	N/A
* Premium Contact Lens Fit and Follow-Up:	10% off retail price	N/A	10% off retail price	N/A	N/A	N/A
Contact Lenses (Allowance includes materials only.)						
Conventional	\$0 co-pay; \$200 allowance, 15% off balance over \$200	\$160	\$0 co-pay; \$130 allowance, 15% off balance over \$130	\$104	15% off retail price	N/A
Disposable	\$0 co-pay; \$200 allowance, plus balance over \$200	\$160	\$0 co-pay; \$130 allowance, plus balance over \$130	\$104	N/A	N/A
Medically Necessary	\$0 co-pay, paid-in-full	\$210	\$0 co-pay, paid-in-full	\$210	N/A	N/A
Frequency						
Examination	Once per plan year		Once per plan year		Once per plan year	
Lenses or Contact Lenses	Once per plan year		Once per plan year		Unlimited	
Frames	Once per plan year		Once per plan year		Unlimited	

***DISCOUNTS:** Complete Pair Eyeglasses Purchase Discounts: Frame, lenses, and lens options must be purchased in same transaction to receive full discount. Discounts are available at participating in-network providers only. Not all in-network providers offer all discounts so please confirm your provider offers discounts prior to your appointment. Discounts are not insured benefits and do not apply to EyeMed Provider's professional services, certain brand name Vision Materials in which the manufacturer imposes a no-discount practice, or contact lenses. Discounts cannot be combined with any other discounts or promotional offers. **OUT-OF-NETWORK REIMBURSEMENT:** Member Reimbursement Out-of-Network will be the lesser of the listed amount or the member's actual cost from the out-of-network provider. In certain states members may be required to pay the full retail rate and not the negotiated discount rate with certain participating providers. Please see EyeMed's provider locator to determine which participating providers have agreed to the discounted rate. **LIMITATIONS & EXCLUSIONS:** No Benefits will be paid for services or materials connected with or charges arising from: Orthoptic or vision training, subnormal vision aids and any associated supplemental testing; Aniseikonic lenses, Medical, pathological, and/or surgical treatment of the eye, eyes or supporting structures; **Any Vision Materials (Healthy Plan only);** Any Vision Examination, or any corrective eyewear required as a condition of employment; Safety eyewear; Services provided as a result of any workers' compensation law, or similar legislation, or required by any governmental agency or program whether federal, state or subdivisions thereof; **Plano (non-prescription) lenses; Non-prescription sunglasses; or Two pair of glasses in lieu of bifocals (Bold & Bright Plans only).** Any sales tax charged by the Provider as part of the transaction for covered services are not covered under this Policy. Fees charged by a Provider for services other than those covered under the Policy must be paid in full by the insured person to the Provider. Such fees or materials are not covered under this policy. Out-of-Network Provider expenses do not apply toward In-Network Provider expenses and In-Network Provider expenses do not apply toward Out-of-Network provider expenses. All All providers are not required to carry all brands at all levels. **TERMINATION OF COVERAGE:** Your vision coverage will continue until the last day for which the required premium is not paid, subject to the grace period provision; the date it is determined by a court of competent jurisdiction that an insured person has committed fraud against the company; the date you no longer live, reside or work in the PPO service area; the date the company ceases providing individual vision coverage in this state. The company will give at least a 180-day written notice of the company's intent to cancel; or on any date on or after you provide a written request to cancel coverage. Any dependents covered will automatically terminate on the first of the following the date your coverage ends; the end of the policy year in which the dependent ceases to be an eligible dependent; or the last day for which the required premium is not paid, subject to the grace period provision. Underwritten by Fidelity Security Life Insurance Company of Kansas City, Missouri, administered by First American Administrators and InsuranceTPA.com, and serviced by EyeMed. Telephone selling performed by SASid, Inc. Policy VC-134; form M-9172CA/M-9174CA.

Resumen de beneficios - California



Más por menos

Planes con excelentes beneficios, más ahorros adicionales como:

40% de desc.

en pares adicionales completos de espejos recetados^{1,2}

30% de desc.

en artículos no cubiertos por el plan²

15% de desc.

en el precio minorista de LASIK o PRK Vision Correction en U.S. Laser Network.

Para conocer los proveedores de LASIK llame al 1.877.5LASER6²

Servicios de cuidado de la visión - Red Advantage

	Plan de beneficios para la visión Bright		Plan de beneficios para la visión Bold		Plan de beneficios para la visión Healthy	
	Costo para miembros en la red	Reembolso fuera de la red ³	Costo para miembros en la red	Reembolso fuera de la red ³	Costo para miembros en la red	Reembolso fuera de la red ³
Examen con dilatación según sea necesario	\$10 de copago	\$30	\$10 de copago	\$30	\$0 de copago	\$30
Beneficio para imágenes de la retina	Hasta \$39	N/D	Hasta \$39	N/D	Hasta \$39	N/D
Monturas (cualquier montura disponible en la sucursal del proveedor)	\$0 de copago; \$200 de asignación, 20% de descuento en el saldo en más de \$200	\$140	\$0 de copago, \$130 de asignación, 20% de descuento en el saldo en más de \$130	\$91	35% de descuento en el precio minorista	N/D
Lentes estándar de plástico						
Visión sencilla	\$20 de copago	\$25	\$20 de copago	\$25	\$55	N/D
Bifocales	\$20 de copago	\$40	\$20 de copago	\$40	\$75	N/D
Trifocales	\$20 de copago	\$55	\$20 de copago	\$55	\$85	N/D
Lentes progresivos estándar	\$20 de copago	\$70	\$80 de copago	\$40	\$135	N/D
Lentes progresivos Premium	\$20 de copago, 70% del precio menos los \$110 de asignación	\$70	\$80 de copago, 70% del precio menos los \$110 de asignación	\$40	30% de descuento en el precio minorista	N/D
Opciones de lentes						
Con protección UV	\$0 de copago	\$9	\$0 de copago	\$9	\$12	N/D
Con tinte (liso o con gradiente)	\$0 de copago	\$9	\$0 de copago	\$9	\$12	N/D
Lentes de plástico estándar con recubrimiento de protección contra rayones	\$0 de copago	\$9	\$0 de copago	\$9	\$12	N/D
Estándar de policarbonato, para adultos	\$0 de copago	\$25	\$35	N/D	\$35	N/D
Estándar de policarbonato, para niños menores de 19	\$0 de copago	\$25	\$0 de copago	\$25	\$35	N/D
Recubrimiento antirreflejo estándar	\$0 de copago	\$28	\$40	N/D	\$40	N/D
Otros complementos y servicios	30% de descuento en el precio minorista	N/D	30% de descuento en el precio minorista	N/D	30% de descuento en el precio minorista	N/D
Prueba y seguimiento de lentes de contacto (disponible después de haber completado un examen de la vista integral)						
Prueba y seguimiento de lentes de contacto estándar:	Hasta \$40	N/D	Hasta \$40	N/D	N/D	N/D
Prueba y seguimiento de lentes de contacto Premium:	10% de descuento en el precio minorista	N/D	10% de descuento en el precio minorista	N/D	N/D	N/D
Lentes de contacto (la asignación incluye únicamente los materiales.)						
Convencionales	\$0 de copago, \$200 de asignación, 15% de descuento en el saldo en más de \$200	\$160	\$0 de copago, \$130 de asignación, 15% de descuento en el saldo en más de \$130	\$104	15% de descuento en el precio minorista	N/D
Desechables	\$0 de copago, \$200 de asignación, más el saldo en más de \$200	\$160	\$0 de copago, \$130 de asignación, más el saldo en más de \$130	\$104	N/D	N/D
Indicados por el médico	\$0 de copago, completamente cubiertos	\$210	\$0 de copago, completamente cubiertos	\$210	N/D	N/D
Frecuencia						
Examen	Una vez por año del plan		Una vez por año del plan		Una vez por año del plan	
Lentes o lentes de contacto	Una vez por año del plan		Una vez por año del plan		Sin límites	

DESCUENTOS:¹Descuentos por la compra de pares completos de espejos: Las monturas, los lentes y las opciones de lentes se deben adquirir en la misma compra para recibir el descuento completo. ²Los descuentos están disponibles únicamente en proveedores de la red. No todos los proveedores de la red ofrecen todos los descuentos. Le sugerimos que confirme los descuentos disponibles de su proveedor antes de programar una cita. Los descuentos no son beneficios del seguro y no se aplican a los servicios profesionales de los proveedores de EyeMed, a ciertos materiales de marca para la vista en los que el fabricante impone prácticas comerciales sin descuentos, ni a los lentes de contacto. Los descuentos no se pueden combinar con otros descuentos ni ofertas promocionales. **REEMBOLSO POR COMPRAS FUERA DE LA RED:** ³El reembolso para miembros por compras fuera de la red será el precio de lista o el costo real que paga el miembro al proveedor fuera de la red, lo que sea más bajo. En algunos estados, es posible que se exija a los miembros que abonen el precio minorista total y no la tarifa con descuento negociada con ciertos proveedores participantes. Consulte el buscador de proveedores de EyeMed para saber qué proveedores participantes aceptaron las tarifas con descuento. **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:** No se pagarán beneficios por servicios o materiales relacionados con cargos que surjan de: Ejercitación ortóptica o de la vista, asistencia para visión subnormal y cualquier análisis asociado, lentes anisocóncicos, tratamiento médico, patológico y/o quirúrgico de la vista, estructuras de apoyo para los ojos, **cualquier material para Any Vision (únicamente en el plan Healthy)**, examen Any Vision, o cualquier tipo de espejuelo de corrección exigido como condición para acceder a un empleo, gafas de seguridad, servicios prestados como resultado de cualquier tipo de legislación de compensación de trabajadores o similar, o exigidos por una agencia o programa gubernamental, así sea federal, estatal o de la subdivisión que corresponda, **lentes Plano (sin receta), gafas de sol sin receta o dos pares de espejos en lugar de bifocales (planes Bold y Bright únicamente)**. Esta póliza no cubre ningún impuesto a la venta que cobre el proveedor como parte de la transacción por servicios cubiertos. El asegurado debe pagar al proveedor todos los cargos que cobre dicho proveedor por servicios que no estén cubiertos por la póliza. Dichos cargos o materiales no están cubiertos por esta póliza. Los gastos en proveedores fuera de la red no corresponden a gastos de proveedores de la red y los gastos con proveedores de la red no corresponden a gastos de proveedores fuera de la red. Los proveedores no están obligados a ofrecer todas las marcas en todos los niveles. **SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:** Su cobertura de visión continuará hasta el último día de la prima paga, sujeto a un periodo de gracia. La cobertura finalizará en cualquier fecha de vencimiento de la prima en la que la Compañía decida no renovar la póliza o en cualquier fecha en la que usted envíe una solicitud por escrito para cancelar la cobertura. La cobertura de cualquier dependiente cubierto terminará en la misma fecha en la que termine su cobertura, al finalizar el año de la póliza en la que su dependiente deje de ser elegible o el último día de vigencia de la prima paga, sujeto a un periodo de gracia. Si se comete un fraude contra la compañía de seguros, se suspenderá toda la cobertura en la fecha en que un tribunal determine dicho fraude. Con respaldo de Fidelity Security Life Insurance Company of Kansas City, Missouri, administrado por First American Administrators e Insurance TPA.com y con el servicio de EyeMed. Venta telefónica por SASID, Inc. Número de póliza VC-134, número de formulario M-9172CA / M-9174CA. (PDF-1503+243 CA SP) ADV-VC134-05012016