

Vision Plus Voluntary 15/25/120

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Plan de Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life). Es solo un resumen y forma parte del Certificado de Seguro (COI, por sus siglas en inglés).¹ Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Red de proveedores:

Este Plan usa una red contratada de proveedores de atención de la vista. Los proveedores de esta red se llaman Proveedores Participantes. Paga menos por los Servicios Cubiertos cuando se atiende con un Proveedor Participante que cuando se atiende con un Proveedor No Participante. Puede encontrar Proveedores Participantes de esta red en blueshieldca.com.

Límites de frecuencia de Beneficios

Este Plan paga hasta la Asignación y según los límites de frecuencia, como se indica para los Servicios Cubiertos.

Examen completo	Uno cada 12 meses consecutivos
Anteojos o lentes de contacto	Una vez cada 12 meses consecutivos
Armazón para anteojos	Uno cada 24 meses consecutivos
Examen de baja visión	Uno cada 12 meses consecutivos
Referencia para el control de la diabetes	Una por Año Calendario

Período de espera

Un período de espera es la cantidad de tiempo que usted debe estar cubierto por el Plan antes de que Blue Shield Life pague por los Servicios Cubiertos.

Período de espera	Sin período de espera
--------------------------	-----------------------

Sin Deducible

En este Plan, no hay una cantidad de dinero que deba pagar el Asegurado antes de que Blue Shield Life pague por los Servicios Cubiertos.

Sin Límite de Dinero Durante la Membresía

En este Plan, no hay un límite de dinero en la cantidad total que pagará Blue Shield Life por los Servicios Cubiertos durante la membresía del Asegurado.

Beneficios²

Su pago

	Cuando se usan Proveedores Participantes³	Cuando se usan Proveedores No Participantes⁴
Exámenes oculares		
Examen completo <i>Uno por Asegurado cada 12 meses.</i>		
• Visita oftalmológica	\$15	Todos los cargos mayores de \$60
• Visita optométrica	\$15	Todos los cargos mayores de \$50
Diagnóstico por imágenes de retina <i>Uno por Asegurado cada 12 meses, brindado por un Proveedor Participante, en lugar de un examen completo estándar con dilatación.</i>	\$39	Sin cobertura
Colocación y evaluación de lentes de contacto estándar <i>Una por Asegurado cada 12 meses, brindada por un Proveedor Participante, si se administra al mismo tiempo que el examen completo.</i>	Sin cobertura	Sin cobertura
Productos para la vista/materiales		
Armazón para anteojos <i>Uno por Asegurado cada 24 meses.</i>	\$25 más todos los cargos mayores de \$120	Todos los cargos mayores de \$40
Anteojos de sol Plano (no recetados) <i>Uno por Asegurado cada 24 meses en lugar de un armazón para anteojos cuando lo receta un Proveedor Participante o un cirujano después de una cirugía de corrección de la vista.</i>	\$25 más todos los cargos mayores de \$120	Sin cobertura
Anteojos y tratamientos de lentes <i>Un par de lentes por Asegurado cada 12 meses. En la Asignación, cada par de anteojos incluye tinte rosa n.º 1 o 2 y un tamaño de hasta 61 mm.</i>		
• Visión simple	\$25	Todos los cargos mayores de \$43
• Bifocales con línea divisoria	\$25	Todos los cargos mayores de \$60
• Trifocales con línea divisoria	\$25	Todos los cargos mayores de \$75
• 7.25 dioptrías o más	\$25	Todos los cargos mayores de \$12
• Monofocales para la afaquia	\$25	Todos los cargos mayores de \$120

	Cuando se usan Proveedores Participantes ³	Cuando se usan Proveedores No Participantes ⁴
• Multifocales para la afaquia	\$25	Todos los cargos mayores de \$200
• Monofocales lenticulares	\$25	Todos los cargos mayores de \$120
• Multifocales lenticulares	\$25	Todos los cargos mayores de \$200
• De 1 1/2 a 4 dioptrías prismáticas	\$25	Todos los cargos mayores de \$10
• De 4 1/2 a 10 dioptrías prismáticas	\$25	Todos los cargos mayores de \$16
• Compensación prismática (por lente)	\$25	Todos los cargos mayores de \$35
• Lentes de policarbonato (para hijos dependientes únicamente)	\$25 más todos los cargos mayores de \$100	Todos los cargos mayores de \$75
• Lentes de visión simple fotocromáticos de policarbonato (para hijos dependientes únicamente)	Sin cobertura	Sin cobertura
• Lentes progresivos estándar (bifocales sin línea divisoria)	\$25	Todos los cargos mayores de \$75
• Revestimiento antirreflectante	Sin cobertura	Sin cobertura
• Lentes fotocromáticos		
Visión simple	Sin cobertura	Sin cobertura
Bifocales con línea divisoria	Sin cobertura	Sin cobertura
Trifocales con línea divisoria	Sin cobertura	Sin cobertura
Progresivos de calidad superior (bifocales sin línea divisoria)	Sin cobertura	Sin cobertura
Lentes de contacto		
<i>Los lentes de contacto optativos y no optativos se brindan por Asegurado cada 12 meses. Los Beneficios se brindan en lugar de armazones y lentes para anteojos hasta la Asignación.</i>		
• Optativos (fines estéticos o comodidad): rígidos o flexibles	\$25 más todos los cargos mayores de \$120	Todos los cargos mayores de \$120
• No optativos (Médicamente Necesarios): rígidos	\$25	Todos los cargos mayores de \$200
<i>Se requiere un informe del proveedor y la autorización previa del VPA.</i>		
• No optativos (Médicamente Necesarios): flexibles	\$25	Todos los cargos mayores de \$250
<i>Se requiere un informe del proveedor y la autorización previa del VPA.</i>		

Beneficios²

Su pago

	Quando se usan Proveedores Participantes ³	Quando se usan Proveedores No Participantes ⁴
Otros servicios		
Equipos y exámenes de baja visión <i>Uno por Asegurado cada 12 meses, brindado por un Proveedor Participante. El examen debe ser Medicamente Necesario, se requiere un informe del proveedor y la autorización previa del VPA.</i>	25 % más todos los cargos mayores de \$1,000	Sin cobertura
Referencia para el control de la diabetes <i>Una por Asegurado por Año Calendario a un Proveedor Participante cuando se sabe que usted tiene diabetes o que tiene riesgo de tenerla.</i>	\$0	Sin cobertura

Notas

1 Certificado de Seguro (COI):

El Certificado de Seguro (COI) describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan. Lea el COI para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia del COI en cualquier momento.

Las definiciones de los términos en mayúscula están en el COI. Consulte el COI para leer una explicación de los términos usados en este Resumen de Beneficios.

2 Servicios de atención de la vista:

Todos los Beneficios de la vista se brindan a través del Administrador del Plan de la Vista (VPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield Life.

Lentes de contacto. Es posible usar la Asignación correspondiente a lentes de contacto para las tarifas de colocación. Si usted recibe lentes de contacto optativos o no optativos, no habrá Beneficios disponibles para armazones y lentes para anteojos hasta que se cumpla la frecuencia del Beneficio.

3 Uso de Proveedores Participantes:

Los Proveedores Participantes tienen un contrato para brindarles a los Asegurados servicios de atención de la vista. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, usted es responsable de:

- el Copago, y
- cualquier cargo que sea mayor que la Asignación mencionada, que es el Beneficio máximo.

Cuando el Proveedor Participante usa precios al por mayor o mayoristas, las Asignaciones máximas para armazones serán las siguientes:

- Asignación al por mayor: \$75.47.
- Asignación mayorista: \$78.96.

Nota: Estos precios reemplazan a la Asignación para armazones que figura en el Resumen de Beneficios. Si se selecciona un armazón más costoso en una ubicación de proveedores que usa precios al por mayor o mayoristas, la Persona Asegurada será responsable del costo adicional que sea mayor que la Asignación al por mayor o mayorista.

Notas

Los Proveedores Participantes que usan precios al por mayor o mayoristas están identificados en el directorio de Proveedores Participantes de blueshieldca.com.

Los Proveedores Participantes mantienen una selección de armazones que se venden al por menor dentro de la Asignación de este plan con lentes que se ajustan a un tamaño de ojo que sea menor que 61 milímetros.

4 Uso de Proveedores No Participantes:

Los Proveedores No Participantes no tienen un contrato para brindarles a los Asegurados servicios de atención de la vista. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante, usted es responsable de:

- el Copago, y
 - cualquier cargo que sea mayor que la Asignación mencionada, que es el Beneficio máximo.
-

Los Planes pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Estatales y Federales.

Notices available online

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。