



# EARNHARDT MANAGEMENT COMPANY

## 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 SELECT
- 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 1.866.299.1358.
- Para proveedores de LASIK, llame al 1.877.5LASER6.

## RESUMEN DE BENEFICIOS

Servicios de atención oftalmológica	Costo para miembros de la red	Reembolso por servicios fuera de la red
<b>Examen con dilatación según sea necesario</b>	\$10 de copago	Hasta \$35
<b>Monturas</b>	\$120 de prestación; 80% del saldo superior a \$120	Hasta \$48
<b>Lentes de plástico estándar</b>		
Monofocales	\$25 de copago	Hasta \$25
Bifocales	\$25 de copago	Hasta \$40
Trifocales	\$25 de copago	Hasta \$60
Lentes progresivas estándar	\$25, 80% del cargo menos \$55 de Asignación	Hasta \$40
Lentes progresivas premium	\$25, 80% del cargo menos \$55 de Asignación	Hasta \$40
<b>Opciones de lentes (Pagados por miembro adicional al precio del lente)</b>		
Tratamiento UV	20% del precio	N/D
Tinte (sólido y gradiente)	20% del precio	N/D
Recubrimiento de plástico estándar antirrayones	20% del precio	N/D
Policarbonato estándar	20% del precio	N/D
Recubrimiento antirreflectante estándar	20% del precio	N/D
Otros accesorios y servicios	20% del precio minorista	N/D
<b>Adaptación de lentes de contacto y seguimiento</b> <small>(La adaptación de lentes de contacto y las consultas de seguimiento están disponibles una vez que se haya realizado un examen oftalmológico completo)</small>		
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>		
Convencionales	\$135 de prestación; 85% del saldo superior a \$135	Hasta \$95
Desechables	\$135 Asignación; más el saldo más de \$135	Hasta \$95
De necesidad médica	\$0 de copago, cobertura completa	Hasta \$200
<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>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 ortóptica, 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. Suscrito por Fidelity Security Life Insurance Company de Kansas City, Missouri, excepto en Nueva York. 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 \$35
Monturas (una vez cada 24 meses)	\$120 de prestación; 80% del saldo superior a \$120	Hasta \$48
Lentes monofocales (una vez cada 12 meses)	\$25 de Copago	Hasta \$25
o Contacto (una vez cada 12 meses)	\$135 Asignación; más el saldo más de \$135	Hasta \$95



## 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.