

GOLD PLAN - INSIGHT NETWORK

Benefits Snapshot

KNOW YOUR BENEFITS

You're on the Insight network

For a complete list of providers near you, use our Provider Locator on EyeMedVisionCare.com

For LASIK providers, call 1.877.5LASER6

For customer service, call 866.800.5457

THERE'S MORE SAVINGS

40% off additional pairs of prescription eyeglasses or sunglasses⁷

20% off non-prescription sunglasses⁷

These discounts are for in-network providers only

Vision Care Service	In-network	Out-of-network ¹
Vision Exam With Dilation (As necessary)	\$10 copay	\$30
Retinal Imaging	Up to \$39	N/A
Contact Lens Fit & Follow-up		
Standard Fit & Follow-up	Up to \$55	N/A
Premium Fit & Follow-up	10% off retail price	N/A
Frames		
Standard Plastic Lenses		
Single Vision	\$10 copay	\$25
Bifocal	\$10 copay	\$40
Trifocal	\$10 copay	\$55
Lenticular	\$10 copay	\$55
Standard Progressive Lens ²	\$75 copay	\$40
Premium Progressive Lens ²	Tier 1: \$95 copay Tier 2: \$105 copay Tier 3: \$120 copay Tier 4: \$75 copay, 80% of charge less \$120 allowance	\$40
Lens Options		
UV Coating	\$15	N/A
Tint (Solid and gradient)	\$15	N/A
Standard Scratch-Resistance	\$15	N/A
Standard Polycarbonate	\$40	N/A
Standard Anti-Reflective ²	\$45	N/A
Polarized	20% off retail price	N/A
Photocromatic/Transitions Plastic ²	\$75	N/A
Premium Anti-reflective	Tier 1: \$57 Tier 2: \$68 Tier 3: 80% of charge	N/A
Other Add-Ons and Services	20% off retail price	N/A
Contact Lenses³		
Conventional	\$0 copay; \$80 allowance, 15% off balance over \$80	\$64
Disposable	\$0 copay; \$80 allowance, plus balance over \$80	\$64
Medically Necessary	\$0 copay, paid-in-full	\$200
Lasik and PRK Benefit	15% off retail price or 5% off promotional price	N/A
Diabetic Care Services⁴		
Office Service Visit (Medical follow-up exam)		\$77
Fundus Photography ⁵		\$50
Extended Ophthalmoscopy ⁶	Covered 100%, \$0 copay	\$15
Gonioscopy		\$15
Scanning Laser		\$33
Frequency		
Examination		Once every 12 months
Lenses or Contact Lenses		Once every 12 months
Frame		Once every 12 months
Diabetic Care Services		Up to 2 services per benefit year

¹Out-of network reimbursement 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 retail discount rate with certain participating providers. Please see EyeMed's online provider locator to determine which providers have agreed to the discounted rate.

²Fixed pricing is reflective of brands at the listed product level. All providers are not required to carry all brands at all levels. EyeMed reserves the right to make changes to the products on each tier and the member out-of-pocket costs. Contact EyeMed for a current listing of brands by tier.

³Contact lens allowance includes materials only.

⁴Diabetic care services cover diabetic eye care evaluation services only for members with Type 1 or Type 2 diabetes. Exclusions and limitations may apply. Refer to plan details for coverage specifics.

⁵Not covered if extended ophthalmoscopy is provided within 6 months.

⁶Not covered if fundus photography is provided within 6 months.

⁷Not insured benefits. Discounts on non-covered services may not be available at all providers or locations.

GOLD PLAN - INSIGHT NETWORK

Resumen de los Beneficios

CONOZCA SUS BENEFICIOS

Ud. está suscrito en la Red de Insight

Para encontrar una lista completa de los proveedores en su área, utilice nuestro localizador de proveedores en EyeMedVisionCare.com

Para encontrar un proveedor de LASIK, llame 1.877.5LASER6

Para servicios al cliente, llame 866.800.5457

HAY MÁS AHORROS

Descuento de

40%

en pares adicionales de lentes o gafas de sol con receta médica⁷

Descuento de

20%

en gafas de sol sin receta médica⁷

Estos descuentos solo aplican a los proveedores dentro de la red

Servicio Oftalmológico	Dentro de la Red	Fuera de la Red ¹
Examen Ocular con dilatación según sea necesario	Copago \$10	\$30
Escaneo Retiniano	Beneficio hasta \$39	N/A
Lentes de Contacto, Ajuste y Seguimiento		
Tipo Estándar - Ajuste y Seguimiento	Beneficio hasta \$55	N/A
Tipo Premium - Ajuste y Seguimiento	Descuento de 10% del precio al público	N/A
Monturas	Copago \$0; beneficio de \$120, descuento de 20% al saldo que excede \$120	\$60
Cristales Estándar de Plástico		
Monofocal	Copago \$10	\$25
Bifocal	Copago \$10	\$40
Trifocal	Copago \$10	\$55
Lenticular	Copago \$10	\$55
Progresivos Estándar ²	Copago \$75	\$40
Progresivos Premium ²	Nivel 1: Copago \$95 Nivel 2: Copago \$105 Nivel 3: Copago \$120 Nivel 4: Copago \$75, 80% del cargo menos el beneficio de \$120	\$40
Opciones para Cristales		
Protección UV	\$15	N/A
Tinte (Sólidas y Degradadas)	\$15	N/A
Revestimiento anti-rayas, tipo estándar	\$15	N/A
Polycarbonato estándar	\$40	N/A
Revestimiento anti-reflejos, tipo estándar ²	\$45	N/A
Revestimiento polarizado	Descuento de 20% del precio al público	N/A
Fotocromáticas/Transition, de plástico ²	\$75	N/A
Revestimiento anti-reflejos, tipo premium	Nivel 1: \$57 Nivel 2: \$68 Nivel 3: 80% del cargo	N/A
Otros cobros y servicios adicionales	Descuento de 20% del precio al público	N/A
Lentes de Contacto³		
Convencionales	Copago \$0; beneficio de \$80, descuento de 15% al saldo que excede \$80	\$64
Descartables	Copago \$0; beneficio de \$80, más el balance que excede \$80	\$64
Necesarias por razones médicas	Copago \$0, pagado en su totalidad	\$200
Beneficio de Lasik o PRK	Descuento de 15% del precio al público o 5% del precio promocional	N/A
Servicios para Diabéticos⁴		
Consulta de seguimiento (examen médica)		\$77
Fotografía del fondo del ojo ⁵		\$50
Oftalmoscopia extendida ⁶	Cubierto 100%, copago \$0	\$15
Gonioscopia		\$15
Escaneo con láser		\$33
Frecuencia		
Examen	Una vez cada 12 meses	
Gafas o Lentes de contacto	Una vez cada 12 meses	
Montura	Una vez cada 12 meses	
Servicios para Diabéticos	Un máximo de 2 servicios en cada año de beneficio	

¹ Para los servicios prestados por proveedores fuera de la red, el reembolso será la cifra que resulte menor entre el precio de lista o la suma pagada por el miembro al proveedor. En algunos estados, ciertos proveedores participantes en la red pueden cobrar a los miembros el precio de lista en vez del precio de descuento negociado. Para determinar cuáles proveedores han convenido al precio de descuento, por favor vea el localizador de proveedores de EyeMed en el internet.

² La fijación de los precios en cada nivel de producto depende de la marca comercial. No se les requiere a todos los proveedores de ofrecer todas las marcas en cada nivel de producto. EyeMed se reserva el derecho de hacer cambios en cuanto a cuáles productos se ofrecerán de venta en cada nivel y los gastos del bolsillo del miembro. Para una lista actual de las marcas que se ofrecen en cada nivel de producto, comuníquese con EyeMed.

³ El beneficio para lentes de contacto solo incluye los materiales.

⁴ El beneficio de servicios para diabéticos se limita a la evaluación del cuidado de los ojos diabéticos para los miembros con la diabetes tipo 1 o tipo 2. Ciertas exclusiones y limitaciones se puedan aplicar. Por favor consulte el plan para los detalles específicos de cobertura.

⁵ No está cubierto si se lleva a cabo la oftalmoscopia extendida dentro de 6 meses.

⁶ No está cubierto si se lleva a cabo la fotografía del fondo del ojo dentro de 6 meses.

⁷ No es un beneficio asegurado. Es posible que no estén disponibles en todas las localidades de proveedores los descuentos para los servicios sin cobertura.