Tarrant County Hospital District – Plan Alto

Red Insight

40% OFF
par adicional completo de anteojos recetados

20% OFF
artículos no cubiertos, incluyendo lentes de sol sin receta

Frecuencia

Examen
una vez por año del plan

Armazón
dos veces por año del plan

Lentes
dos veces por año del plan

Lentes de Contacto
dos veces por año del plan

(El plan permite al miembro recibir lentes de contacto y armazón, o armazón y lentes)

TABLA DE BENEFICIOS		
SERVICIOS DE ATENCIÓN VISUAL	*COSTO PARA EL MIEMBRO EN LA RED*	*REEMBOLSO AL MIEMBRO FUERA DE LA RED*
SERVICIOS DE EXAMEN		
Examen	*$10 copago*	*Hasta $40*
Imagen de Retina	*Hasta $39*	*No cubierto*
AJUSTE Y SEGUIMIENTO DE LENTES DE CONTACTO		
Ajuste y Seguimiento – Estándar	*Hasta $40; ajuste de lentes de contacto y dos visitas de seguimiento*	*No cubierto*
Ajuste y Seguimiento – Premium	*10% de descuento sobre precio de venta al público*	*No cubierto*
ARMAZÓN		
Armazón	*Copago $0; 20% de descuento sobre el saldo mayor a $150*	*Hasta $75*
LENTES PLÁSTICOS ESTÁNDAR		
Monofocal	*$25 copago*	*Hasta $30*
Bifocal	*$25 copago*	*Hasta $50*
Trifocal/Lenticular	*$25 copago*	*Hasta $70*
Progresivo – Estándar	*$25 copago*	*Hasta $50*
Progresivo – Premium Nivel 1–4	*$110 – $240*	*Hasta $50*
OPCIONES DE LENTES		
Recubrimiento Antirreflejo – Estándar	*$45 copago*	*Hasta $23*
Recubrimiento Antirreflejo – Premium Nivel 1–3	*$57 – $100*	*Hasta $23*
Fotocromático – No vidrio	*$75*	*No cubierto*
Policarbonato – Estándar	*$40*	*No cubierto*
Policarbonato – Estándar, menores de 19 años	*Copago $0*	*Hasta $20*
Recubrimiento Antirrayadura	*$15*	*No cubierto*
Tinte	*$15*	*No cubierto*
Tratamiento UV	*$15*	*No cubierto*
Todas las demás opciones de lentes	*20% de descuento sobre precio de venta al público*	*No cubierto*
LENTES DE CONTACTO		
Contactos – Convencionales	*Copago $0; 15% de descuento sobre el saldo mayor a $150*	*Hasta $75*
Contactos – Desechables	*Copago $0; 100% del saldo mayor a $150*	*Hasta $75*
Contactos – Médicamente Necesarios	*Copago $0; cubierto en su totalidad*	*Hasta $300*
OTROS		
Cuidado Auditivo de la Red Amplifon	*Descuentos en audífonos; llame al 1.877.203.0675*	*No cubierto*
Lasik o PRK de la Red U.S. Laser	*15% de descuento sobre precio de venta al público o 5% de descuento sobre precio promocional; llame al 1.800.988.4221*	*No cubierto*

Inicie sesión en eyemed.com/member para ver todos los planes incluidos en sus beneficios. EyeMed se reserva el derecho de realizar cambios a los productos disponibles en cada nivel. No todos los proveedores están obligados a tener todas las marcas en todos los niveles. Para obtener la lista actualizada de marcas por nivel, llame al 866-939-3633. No se pagarán beneficios por servicios o materiales relacionados con: tratamiento médico o quirúrgico, servicios o suministros para el tratamiento del ojo, los ojos o estructuras de soporte; Refracción, cuando no se proporcione como parte de un Examen Visual Integral; servicios prestados como resultado de cualquier ley de Compensación para Trabajadores o legislación similar, o requeridos por cualquier agencia o programa gubernamental, ya sea federal, estatal o subdivisiones del mismo; Entrenamiento ortóptico o de visión, auxiliares de visión subnormal y cualquier prueba suplementaria asociada; Lentes aniséicónicas; cualquier Examen Visual o Materiales Visuales correctivos requeridos por un Titular de Póliza como condición de empleo; anteojos de seguridad; soluciones, productos de limpieza o estuches de armazón; lentes de sol sin receta; lentes de contacto planas (sin receta); dos pares de anteojos en lugar de bifocales; dispositivos electrónicos de visión; servicios prestados después de la fecha en que una Persona Asegurada deja de estar cubierta bajo la Póliza, excepto cuando los Materiales Visuales ordenados antes de que terminara la cobertura sean entregados dentro de los 31 días a partir de la fecha de dicho pedido; o lentes, armazones, anteojos o lentes de contacto perdidos o rotos reemplazados antes de la próxima Frecuencia de Beneficio. Las tarifas cobradas por un Proveedor por servicios distintos a un beneficio cubierto y cualquier impuesto local, estatal o federal deben ser pagados en su totalidad por la Persona Asegurada al Proveedor. Dichas tarifas, impuestos o materiales no están cubiertos bajo la Póliza. Algunas disposiciones, beneficios, exclusiones o limitaciones pueden variar según el estado. Los descuentos del plan no se pueden combinar con ningún otro descuento u oferta promocional. En ciertos estados, los miembros pueden estar obligados a pagar la tarifa minorista completa con ciertos proveedores participantes. Consulte el localizador de proveedores en línea para determinar cuáles proveedores han aceptado la tarifa con descuento. Suscrito por Fidelity Security Life Insurance Company® de Kansas City, Misuri, excepto en Nueva York. Número de póliza VC-146, número de formulario M-9184. Este es un resumen de sus beneficios. El Certificado de Seguro está archivado con su empleador.

Tarrant County Hospital District – Plan Bajo

Red Insight

40% OFF
par adicional completo de anteojos recetados

20% OFF
artículos no cubiertos, incluyendo lentes de sol sin receta

Frecuencia

Examen
una vez por año del plan

Armazón
cada dos años del plan

Lentes
una vez por año del plan

Lentes de Contacto
una vez por año del plan

(El plan permite al miembro recibir lentes de contacto y armazón, o armazón y lentes)

TABLA DE BENEFICIOS		
SERVICIOS DE ATENCIÓN VISUAL	*COSTO PARA EL MIEMBRO EN LA RED*	*REEMBOLSO AL MIEMBRO FUERA DE LA RED*
SERVICIOS DE EXAMEN		
Examen	*$10 copago*	*Hasta $40*
Imagen de Retina	*Hasta $39*	*No cubierto*
AJUSTE Y SEGUIMIENTO DE LENTES DE CONTACTO		
Ajuste y Seguimiento – Estándar	*Hasta $40; ajuste de lentes de contacto y dos visitas de seguimiento*	*No cubierto*
Ajuste y Seguimiento – Premium	*10% de descuento sobre precio de venta al público*	*No cubierto*
ARMAZÓN		
Armazón	*Copago $0; 20% de descuento sobre el saldo mayor a $150*	*Hasta $75*
LENTES PLÁSTICOS ESTÁNDAR		
Monofocal	*$25 copago*	*Hasta $30*
Bifocal	*$25 copago*	*Hasta $50*
Trifocal/Lenticular	*$25 copago*	*Hasta $70*
Progresivo – Estándar	*$25 copago*	*Hasta $50*
Progresivo – Premium Nivel 1–4	*$110 – $240*	*Hasta $50*
OPCIONES DE LENTES		
Recubrimiento Antirreflejo – Estándar	*$45 copago*	*Hasta $23*
Recubrimiento Antirreflejo – Premium Nivel 1–3	*$57 – $100*	*Hasta $23*
Fotocromático – No vidrio	*$75*	*No cubierto*
Policarbonato – Estándar	*$40*	*No cubierto*
Policarbonato – Estándar, menores de 19 años	*Copago $0*	*Hasta $20*
Recubrimiento Antirrayadura	*$15*	*No cubierto*
Tinte	*$15*	*No cubierto*
Tratamiento UV	*$15*	*No cubierto*
Todas las demás opciones de lentes	*20% de descuento sobre precio de venta al público*	*No cubierto*
LENTES DE CONTACTO		
Contactos – Convencionales	*Copago $0; 15% de descuento sobre el saldo mayor a $150*	*Hasta $75*
Contactos – Desechables	*Copago $0; 100% del saldo mayor a $150*	*Hasta $75*
Contactos – Médicamente Necesarios	*Copago $0; cubierto en su totalidad*	*Hasta $300*
OTROS		
Cuidado Auditivo de la Red Amplifon	*Descuentos en audífonos; llame al 1.877.203.0675*	*No cubierto*
Lasik o PRK de la Red U.S. Laser	*15% de descuento sobre precio de venta al público o 5% de descuento sobre precio promocional; llame al 1.800.988.4221*	*No cubierto*

Inicie sesión en eyemed.com/member para ver todos los planes incluidos en sus beneficios. EyeMed se reserva el derecho de realizar cambios a los productos disponibles en cada nivel. No todos los proveedores están obligados a tener todas las marcas en todos los niveles. Para obtener la lista actualizada de marcas por nivel, llame al 866-939-3633. No se pagarán beneficios por servicios o materiales relacionados con: tratamiento médico o quirúrgico, servicios o suministros para el tratamiento del ojo, los ojos o estructuras de soporte; Refracción, cuando no se proporcione como parte de un Examen Visual Integral; servicios prestados como resultado de cualquier ley de Compensación para Trabajadores o legislación similar, o requeridos por cualquier agencia o programa gubernamental, ya sea federal, estatal o subdivisiones del mismo; Entrenamiento ortóptico o de visión, auxiliares de visión subnormal y cualquier prueba suplementaria asociada; Lentes aniséicónicas; cualquier Examen Visual o Materiales Visuales correctivos requeridos por un Titular de Póliza como condición de empleo; anteojos de seguridad; soluciones, productos de limpieza o estuches de armazón; lentes de sol sin receta; lentes de contacto planas (sin receta); dos pares de anteojos en lugar de bifocales; dispositivos electrónicos de visión; servicios prestados después de la fecha en que una Persona Asegurada deja de estar cubierta bajo la Póliza, excepto cuando los Materiales Visuales ordenados antes de que terminara la cobertura sean entregados dentro de los 31 días a partir de la fecha de dicho pedido; o lentes, armazones, anteojos o lentes de contacto perdidos o rotos reemplazados antes de la próxima Frecuencia de Beneficio. Las tarifas cobradas por un Proveedor por servicios distintos a un beneficio cubierto y cualquier impuesto local, estatal o federal deben ser pagados en su totalidad por la Persona Asegurada al Proveedor. Dichas tarifas, impuestos o materiales no están cubiertos bajo la Póliza. Algunas disposiciones, beneficios, exclusiones o limitaciones pueden variar según el estado. Los descuentos del plan no se pueden combinar con ningún otro descuento u oferta promocional. En ciertos estados, los miembros pueden estar obligados a pagar la tarifa minorista completa con ciertos proveedores participantes. Consulte el localizador de proveedores en línea para determinar cuáles proveedores han aceptado la tarifa con descuento. Suscrito por Fidelity Security Life Insurance Company® de Kansas City, Misuri, excepto en Nueva York. Número de póliza VC-146, número de formulario M-9184. Este es un resumen de sus beneficios. El Certificado de Seguro está archivado con su empleador.