

# Blue Shield

## Vision Basic 10/130

Deducible anual de \$10, Asignación de \$130 para armazones

### Cómo utilizar su plan de la vista

Con este plan de la vista, usted tiene acceso a una extensa red de proveedores de la vista en California y en todo el país.\* Muchos de los proveedores se encuentran ubicados convenientemente en los centros ópticos de comercios minoristas tales como Wal-Mart, Sears y Target Optical. Cuando usted utiliza un proveedor participante para sus servicios de atención de la vista, no se aplica ningún cargo adicional para la mayoría de los servicios.

\* Proveedores de la vista disponibles en todo el país mediante un acuerdo con MESVision, nuestro administrador del plan de la vista.

### Lo que cubre su plan de la vista

Servicios y productos para la vista	Cubiertos cuando son suministrados por proveedores participantes	Pago máximo cuando son suministrados por proveedores no participantes
<b>Examen anual – cada 12 meses</b>		
Examen oftalmológico	100%	\$60
Examen optométrico	100%	\$50
<b>Lentes estándar<sup>1</sup> – cada 24 meses<sup>2</sup></b>		
Visión simple	100%	\$43
Bifocales	100%	\$60
Trifocales	100%	\$75
Monofocales para la afaquia	100%	\$120
Multifocales para la afaquia	100%	\$200
Progresivo (sin línea bifocal)	Hasta \$140	\$100
Revestimiento antirreflectante	Hasta \$50	\$35
<b>Lentes fotocromáticos</b>		
Visión simple	Hasta \$115	\$85
Bifocales	Hasta \$130	\$95
Trifocales	Hasta \$150	\$110
Progresivo	Hasta \$200	\$150
Lentes de policarbonato (para hijos dependientes cubiertos)	Hasta \$100	\$75
<b>Armazón estándar – cada 24 meses</b>	Hasta \$130 <sup>3</sup>	\$40
<b>Lentes de contacto<sup>4</sup> – cada 24 meses<sup>2</sup></b>		
<b>Medicamente necesarios<sup>5</sup></b>		
Rígidos	100%	\$200
Flexibles	100%	\$250
Estética o comodidad <sup>6</sup>	Hasta \$120	\$120

<sup>1</sup> Que se adapten a cualquier armazón con un tamaño ocular inferior a 61 mm.

<sup>2</sup> O bien lentes estándar o lentes de contacto permitidos por cada período de 12 meses si lo requiere un cambio autorizado en la receta. Un cambio en la receta de 0.50 de dioptría o más, en uno o en ambos ojos; una variación de 15 grados en el eje de astigmatismo, o una diferencia en el prisma vertical superior a 1 dioptría de prisma.

<sup>3</sup> Cuando el proveedor participante usa precios al por mayor, la cantidad máxima permitida para la asignación por armazones será de \$84.91, el equivalente al por mayor de la asignación estándar. En el *Directorio de Proveedores de la Vista Participantes*, se indican aquellos proveedores participantes que usan precios al por mayor. Usted paga cualquier costo que supere la cantidad permitida.

<sup>4</sup> En lugar de lentes y armazón.

<sup>5</sup> Se necesita autorización previa.

<sup>6</sup> Cualquier costo que supere los \$120 es su responsabilidad.

## Es fácil; simplemente siga estos pasos:

1. Antes de recibir un servicio, revise la información de sus beneficios para obtener los detalles de cobertura descritos en el cuadro de la página anterior.
2. Llame para programar una cita con un proveedor participante.
3. Los proveedores participantes presentarán el formulario de reclamación y recibirán el pago directamente de MESVision.

## O:

Si usted utiliza un proveedor no participante, deberá realizar el pago en el momento en que se preste el servicio. Puede obtener un reembolso solicitándole un formulario de reclamación a su empleador o ingresando en **blueshieldca.com**. Haga clic en *Download Form* (Descargar formulario) y seleccione el enlace *Vision Benefit Claim Form* (Formulario de reclamación de beneficios para la vista). Complete el formulario de reclamación y envíelo junto con el recibo detallado y una copia de su receta a:

MESVision  
P.O. Box 25208  
Santa Ana, CA 92799-5208  
(877) 601-9083

Se le reembolsarán los gastos hasta el pago máximo permitido (vea el cuadro de la página anterior). Tenga en cuenta que, cuando sus dependientes presentan un formulario de reclamación para un reembolso, será usted quien recibirá el pago. Asegúrese de usar su número de identificación de Blue Shield cuando complete el formulario.

Para localizar un proveedor de la red cerca de usted, visite la sección "Find a Provider" (Encontrar un proveedor) en el sitio web **blueshieldca.com** o llame a Servicio al Miembro, al teléfono **(877) 601-9083**. Encontrará una lista completa de oftalmólogos, optometristas y ópticos.

## Exclusiones generales

Para conocer las Exclusiones y Limitaciones adicionales, favor de consultar la *Evidencia de Cobertura*. No se proveen beneficios (a menos que haya exenciones para las siguientes exclusiones en otro lugar) para:

- cualquier examen de la vista exigido por el empleador como condición de empleo;
- cualquier servicio cubierto que sea proporcionado por otro plan de la vista;
- las afecciones cubiertas por la indemnización por accidentes laborales;
- los servicios cubiertos por los cuales el miembro del plan de la vista no tiene obligación legal de pagar;
- los servicios cubiertos exigidos por cualquier programa u organismo gubernamental, ya sea federal o estatal, o por una subdivisión de dicho programa u organismo;
- los servicios cubiertos realizados por un pariente cercano o por una persona que habitualmente reside en el hogar del miembro del plan de la vista;
- los tratamientos médicos o quirúrgicos de los ojos;
- los productos para la vista no recetados (plano);

- la ortóptica, dispositivos para la visión subnormal o entrenamiento visual;
- los lentes de contacto y ajustes para lentes de contacto, excepto lo estipulado específicamente;
- los productos para la vista para los cuales no haya ningún cambio en la receta, a menos que los beneficios se encuentren disponibles de otra forma;
- el reemplazo de lentes o armazones perdidos, robados o rotos, excepto en los intervalos normales;
- los cargos adicionales por lentes sin línea divisoria (progresivos), revestidos o de mayor tamaño. Dichos cargos son su responsabilidad.

Su cobertura de la vista está asegurada por Blue Shield of California y administrada por MESVision.

Esto es solo un resumen del Plan Vision Basic 10/130 de Blue Shield. Favor de consultar el suplemento del contrato del plan y la *Evidencia de Cobertura* para acceder a una descripción detallada de los beneficios cubiertos y de las limitaciones.