



**Blue Shield of California Life & Health  
Insurance Company  
Resumen de Beneficios**

**Plan de la Vista grupal**

**Preferred Vision for Small Business 10/25/120**

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 (COL, por sus siglas en inglés).<sup>1</sup> 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](http://blueshieldca.com).

**Límites de Frecuencia de los Beneficios**

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

|                                      |                                |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Examen completo</b>               | Uno cada 12 meses consecutivos |
| <b>Anteojos o lentes de contacto</b> | Uno cada 12 meses consecutivos |
| <b>Armazón para anteojos</b>         | Uno cada 24 meses consecutivos |
| <b>Examen de baja visión</b>         | Uno cada 12 meses consecutivos |

**Período de espera**

El período de espera es el tiempo que tiene que estar cubierto por el Plan antes de que Blue Shield Life pague los Servicios Cubiertos.

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <b>Período de espera</b> | No hay período de espera |
|--------------------------|--------------------------|

**Sin Deducible**

En este Plan, no hay una cantidad de dinero que tenga que pagar un Asegurado antes de que Blue Shield Life pague 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 de un Asegurado.

|                                                                                                                                                                                                                                       | Cuando se usan<br>Proveedores<br>Participantes <sup>3</sup> | Cuando se usan<br>Proveedores No<br>Participantes <sup>4</sup> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Exámenes de la vista</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                             |                                                                |
| Examen completo<br><i>Uno por Asegurado cada 12 meses.</i>                                                                                                                                                                            |                                                             |                                                                |
| Visita oftalmológica                                                                                                                                                                                                                  | \$10                                                        | Todos los cargos mayores de \$60                               |
| Visita optométrica                                                                                                                                                                                                                    | \$10                                                        | Todos los cargos mayores de \$60                               |
| Diagnóstico por imágenes de retina<br><i>Uno por Asegurado cada 12 meses por parte de un Proveedor Participante.</i>                                                                                                                  | \$39                                                        | Sin cobertura                                                  |
| Prueba y evaluación de lentes de contacto estándar<br><i>Una por Asegurado cada 12 meses por parte de un Proveedor Participante.</i>                                                                                                  | Sin cobertura                                               | Sin cobertura                                                  |
| <b>Productos para la vista/Materiales</b>                                                                                                                                                                                             |                                                             |                                                                |
| Armazón para anteojos<br><i>Uno por Asegurado cada 24 meses.</i>                                                                                                                                                                      | \$25 más todos los cargos mayores de \$120                  | Todos los cargos mayores de \$75                               |
| Anteojos de sol Plano (no recetados)<br><i>Uno por Asegurado cada 24 meses, en lugar de un armazón para anteojos, cuando son recetados por un Proveedor Participante o un cirujano después de una cirugía para corregir la vista.</i> | \$25 más todos los cargos mayores de \$120                  | Todos los cargos mayores de \$75                               |
| Tratamientos para lentes y lentes para anteojos<br><i>Un par de lentes por Asegurado cada 12 meses.</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                               |
| • Lenticulares                                                                                                                                                                                                                        | \$25                                                        | Todos los cargos mayores de \$200                              |
| • Lentes de policarbonato (solo para niños Dependientes)                                                                                                                                                                              | \$25 más todos los cargos mayores de \$100                  | Todos los cargos mayores de \$75                               |
| • Lentes de visión simple fotocromáticos de policarbonato (solo para niños Dependientes)                                                                                                                                              | Sin cobertura                                               | Sin cobertura                                                  |

## Beneficios<sup>2</sup>

## Su pago

|                                                                                                                                                                                            | Cuando se usan Proveedores Participantes <sup>3</sup> | Cuando se usan Proveedores No Participantes <sup>4</sup> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes progresivos estándar (bifocales sin línea divisoria)</li> </ul>                                                                              | \$25                                                  | Todos los cargos mayores de \$75                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes progresivos de calidad superior (bifocales sin línea divisoria)</li> </ul>                                                                   | \$25 más todos los cargos mayores de \$140            | Todos los cargos mayores de \$100                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Revestimiento antirreflectante</li> </ul>                                                                                                           | Sin cobertura                                         | Sin cobertura                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes fotocromáticos</li> </ul>                                                                                                                    | Sin cobertura                                         | Sin cobertura                                            |
| Lentes de contacto                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                          |
| <i>Los Lentes de Contacto Optativos o No Optativos se brindan por Asegurado cada 12 meses. Los beneficios se brindan en lugar de lentes y armazones para anteojos hasta la Asignación.</i> |                                                       |                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Optativos (fines estéticos o comodidad)</li> </ul>                                                                                                  | \$25 más todos los cargos mayores de \$120            | Todos los cargos mayores de \$75                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>No Optativos (Médicamente Necesarios)</li> </ul>                                                                                                    | \$25                                                  | Todos los cargos mayores de \$250                        |
| <i>Se necesita un informe del proveedor y autorización previa del VPA.</i>                                                                                                                 |                                                       |                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes híbridos y esclerales</li> </ul>                                                                                                             | Todos los cargos mayores de \$350                     | Todos los cargos mayores de \$350                        |
| <i>Se necesita un informe del proveedor y autorización previa del VPA.</i>                                                                                                                 |                                                       |                                                          |
| <b>Otros servicios</b>                                                                                                                                                                     |                                                       |                                                          |
| Equipos y exámenes de baja visión                                                                                                                                                          | 25 % más todos los cargos mayores de \$1,000          | Sin cobertura                                            |
| <i>Uno por Asegurado cada 12 meses por parte de un Proveedor Participante. El examen debe ser Médicamente Necesario.</i>                                                                   |                                                       |                                                          |

## 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 atención 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. La Asignación para lentes de contacto puede usarse para cubrir las tarifas de la prueba. Si recibe Lentes de Contacto Optativos o No Optativos, no tendrá a su disposición Beneficios para lentes ni armazones para anteojos, a menos que cumpla con 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 de tiendas mayoristas, las Asignaciones máximas para armazones son las siguientes:

- Asignación de tiendas mayoristas: \$78.96.

**Nota:** Estos precios reemplazan la Asignación para armazones que está en el Resumen de Beneficios. Si se elige un armazón más caro en un lugar del proveedor que usa precios de tiendas mayoristas, la Persona Asegurada es responsable de pagar el costo adicional que esté por encima de la Asignación de tienda mayorista. Los Proveedores Participantes que usan precios de tiendas mayoristas están identificados en el directorio de Proveedores Participantes en blueshieldca.com.

---

### 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:

- 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](https://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](https://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](https://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)**。