



Miller & Long Co., Inc

Insight network



40% OFF

additional complete pair of prescription eyeglasses

20% OFF

non-covered items, including non-prescription sunglasses

Frequency

Exam

once every plan year

Frame

once every plan year

Lens

once every plan year

Contact Lens

once every plan year

Plan allows member to receive frame and lens services or contacts

SCHEDULE OF BENEFITS

VISION CARE SERVICES

IN-NETWORK MEMBER COST

OUT-OF-NETWORK MEMBER REIMBURSEMENT

EXAM SERVICES

Exam at PLUS Providers

\$0 copay

Up to \$40

Exam

\$0 copay

Up to \$40

Retinal Imaging

Up to \$39

Not covered

CONTACT LENS FIT AND FOLLOW-UP

Fit and Follow-up - Standard

Up to \$40; contact lens fit and two follow-up visits

Not covered

Fit and Follow-up - Premium

10% off retail price

Not covered

FRAME

Frame at PLUS Provider

\$0 copay; 20% off balance over \$160 allowance

Up to \$55

Frame

\$0 copay; 20% off balance over \$110 allowance

Up to \$55

STANDARD PLASTIC LENSES

Single Vision

\$0 copay

Up to \$30

Bifocal

\$0 copay

Up to \$50

Trifocal/Lenticular

\$0 copay

Up to \$70

Progressive - Standard

\$55 copay

Up to \$50

Progressive - Premium Tier 1 - 4

\$85 - 215

Up to \$50

LENS OPTIONS

Anti Reflective Coating - Standard

\$45 copay

Up to \$23

Anti Reflective Coating - Premium Tier 1 - 3

\$57 - 100

Up to \$23

Photochromic - Non-Glass

\$75

Not covered

Polycarbonate - Standard

\$40

Not covered

Polycarbonate - Std < 19 years of age

\$0 copay

Up to \$20

Scratch Coating

\$15

Not covered

Tint

\$15

Not covered

UV Treatment

\$15

Not covered

All Other Lens Options

20% off retail price

Not covered

CONTACT LENSES

Contacts - Conventional at Plus Providers

\$0 copay; 15% off balance over \$160 allowance

Up to \$55

Contacts - Conventional

\$0 copay; 15% off balance over \$110 allowance

Up to \$55

Contacts - Disposable at Plus Providers

\$0 copay; 100% of balance over \$160 allowance

Up to \$55

Contacts - Disposable

\$0 copay; 100% of balance over \$110 allowance

Up to \$55

Contacts - Medically Necessary

\$0 copay; paid-in-full

Up to \$300

OTHER

Hearing Care from Amplifon Network

Discounts on hearing aids; call 1.877.203.0675

Not covered

Lasik or PRK from U.S. Laser Network

15% off retail or 5% off promo price; call 1.800.988.4221

Not covered

Log into eyemed.com/member to see all plans included with your benefits. EyeMed reserves the right to make changes to the products available on each tier. All providers are not required to carry all brands on all tiers. For current listing of brands by tier, call 866-939-3633. No benefits will be paid for services or materials connected with or charges arising from: medical or surgical treatment, services or supplies for the treatment of the eye, eyes or supporting structures; Refraction, when not provided as part of a Comprehensive Eye Examination; services provided as a result of any Workers' Compensation law, or similar legislation, or required by any governmental agency or program whether federal, state or subdivisions thereof; Orthoptic or vision training, subnormal vision aids and any associated supplemental testing; Aniseikonic lenses; any Vision Examination or any corrective Vision Materials required by a Policyholder as a condition of employment; safety eyewear; solutions, cleaning products or frame cases; non-prescription sunglasses plano (non-prescription) lenses; plano (non-prescription) contact lenses; two pair of glasses in lieu of bifocals; electronic vision devices; services rendered after the date an Insured Person ceases to be covered under the Policy, except when Vision Materials ordered before coverage ended are delivered, and the services rendered to the Insured Person are within 31 days from the date of such order; or lost or broken lenses, frames, glasses, or contact lenses that are replaced before the next Benefit Frequency when Vision Materials would next become available. Fees charged by a Provider for services other than a covered benefit and any local, state or Federal taxes must be paid in full by the Insured Person to the Provider. Such fees, taxes or materials are not covered under the Policy. Some provisions, benefits, exclusions or limitations listed herein may vary by state. Plan discounts cannot be combined with any other discounts or promotional offers. In certain states members may be required to pay the full retail rate and not the negotiated discount rate with certain participating providers. Please see online provider locator to determine which participating providers have agreed to the discounted rate. Underwritten by Fidelity Security Life Insurance Company of Kansas City, Missouri, except in New York. Fidelity Security Life Policy number VC-146, form number M-9184. This is a snapshot of your benefits. The Certificate of Insurance is on file with your employer.

Savings plus convenience plus choice

*PLUS Providers add another
layer of coverage*

Staying in-network helps you save money on eye exams, frames and lenses. Visiting a PLUS Provider is designed to help you save even more. And since PLUS Providers are already in our network, the additional perks are built right into your vision benefits.

No promo codes, no coupons, no paperwork. The same vision benefits, plus a little more savings.

eye
Med



The choice is yours

Find plenty of in-network eye doctors – including PLUS Providers – on our Provider Locator. Just look for the PLUS.

Need extra assistance? Contact us at 1.866.939.3633 or visit eyemed.com.

INDEPENDENT
PROVIDER
NETWORK



LENSCRAFTERS

PEARLE
VISION

OPTICAL



Miller & Long

Red Insight



40% MENOS

par completo adicional
de lentes con
prescripción

20% MENOS

artículos no cubiertos,
incluidos lentes de sol sin
prescripción

Frecuencia

Examen

una vez cada año del plan

Montura

una vez cada año del plan

Lente

una vez cada año del plan

Lente de contacto

una vez cada año del plan

El plan permite al afiliado
recibir servicios de monturas y
lentes o lentillas

TABLA DE PRESTACIONES

SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS	COSTE PARA LOS MIEMBROS DE LA RED	REEMBOLSO A MIEMBROS FUERA DE LA RED
SERVICIOS DE EXAMEN		
Examen en proveedores PLUS	Copago de 0\$	Hasta 40\$
Examen	Copago de 0\$	Hasta 40\$
Imagen retiniana	Hasta 39\$	No cubierto
ADAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO EN LENTES DE CONTACTO		
Adaptación y seguimiento - Estándar	Hasta 40 \$; adaptación de lentes de contacto y dos visitas de seguimiento	No cubierto
Ajuste y seguimiento - Premium	10% de descuento sobre el precio de venta	No cubierto
MONTURA		
Montura en el proveedor PLUS	Copago de 0\$; subsidio de 20% de descuento en el saldo superior a \$160	Hasta 55\$
Montura	Copago de 0\$; subsidio de 20% de descuento en el saldo que supere los 110 \$	Hasta 55\$
LENTE DE PLÁSTICO ESTÁNDAR		
Visión única	Copago de 0\$	Hasta 30\$
Bifocales	Copago de 0\$	Hasta 50\$
Trifocal/Lenticular	Copago de 0\$	Hasta 70\$
Progresivos - Estándar	Copago de 5\$	Hasta 50\$
Progresivos - Nivel Premium 1 - 4	85 - 215\$	Hasta 50\$
OPCIONES DE LENTES		
Revestimiento antirreflejo - Estándar	Copago de 4\$	Hasta 23\$
Recubrimiento antirreflejo - Nivel Premium 1 - 3	57 - 100\$	Hasta 23\$
Fotocrómico - Sin cristal	75\$	No cubierto
Polycarbonato - Estándar	40\$	No cubierto
Polycarbonato - Std < 19 años de edad	Copago de 0\$	Hasta 20\$
Revestimiento antiralladuras	15\$	No cubierto
Tintado	15\$	No cubierto
Tratamiento UV	15\$	No cubierto
Todas las demás opciones de lentes	20% de descuento sobre el precio de venta al público	No cubiertas
LENTE DE CONTACTO		
Lentillas - Convencionales en proveedores Plus	Copago de 0\$; Subsidio de 15% de descuento en el saldo superior a \$160	Hasta 55\$
Lentillas - Convencionales	Copago de \$0; Subsidio de 15% de descuento en el saldo superior a 110\$	Hasta 55\$
Lentillas - Desechables en proveedores Plus	Copago de \$0; Subsidio de 100% de descuento en el saldo superior a \$160	Hasta 55\$
Lentillas - Desechables	Copago de \$0; Subsidio de 100% de descuento en el saldo superior a 110\$	Hasta 55\$
Lentillas - Medicamento necesarias	Copago de \$0; pagado en su totalidad	Hasta 300\$
OTROS		
Atención auditiva de la red Amplifon	Descuentos en auriculares; llame al 1.877.203.0675	No cubierto
Lasik o PRK de U.S. Laser Network	15% de descuento sobre el precio de venta al público o 5% sobre el precio de promoción; llame al 1.800.988.4221	No cubierto

Ingresa a eyemed.com/member para ver todos los planes incluidos con sus beneficios. EyeMed se reserva el derecho de hacer cambios a los productos disponibles en cada nivel. No todos los proveedores están obligados a ofrecer todas las marcas en todos los niveles. Para consultar el listado actual de marcas por niveles, llame al 866-939-3633. No se pagarán prestaciones por servicios o materiales relacionados con o cargos derivados de: tratamiento médico o quirúrgico, servicios o suministros para el tratamiento del ojo, los ojos o las estructuras de soporte; refracción, cuando no se proporcione como parte de un examen ocular completo; servicios proporcionados como resultado de cualquier ley de compensación laboral, o legislación similar, o requeridos por cualquier agencia o programa gubernamental ya sea federal, estatal o subdivisiones de los mismos; entrenamiento ortóptico o de la visión, ayudas para la visión subnormal y cualquier prueba suplementaria asociada; lentes aniseikónicas; cualquier examen de la visión o cualquier material correctivo de la visión requerido por un asegurado como condición de empleo; lentes de seguridad; soluciones, productos de limpieza o estuches para monturas; lentes de sol sin graduar lentes planas (sin graduar); lentes de contacto planas (sin graduar); dos pares de lentes en lugar de bifocales; dispositivos electrónicos de visión; servicios prestados después de la fecha en que una Persona Asegurada deja de estar cubierta por la Póliza, excepto cuando se entregan Materiales para la Visión pedidos antes de que finalizara la cobertura, y los servicios prestados a la Persona Asegurada son dentro de los 31 días siguientes a la fecha de dicho pedido; o lentes, monturas, lentes o lentes de contacto perdidos o rotos que se sustituyen antes de la siguiente Frecuencia de Beneficios en la que los Materiales para la Visión volverían a estar disponibles. Los honorarios cobrados por un Proveedor por servicios que no sean una prestación cubierta y cualquier impuesto local, estatal o federal deben ser pagados en su totalidad por la Persona Asegurada al Proveedor. Dichos honorarios, impuestos o materiales no están cubiertos por la póliza. Algunas disposiciones, prestaciones, exclusiones o limitaciones enumeradas en el presente documento pueden variar según el estado. Los descuentos del plan no pueden combinarse con otros descuentos u ofertas promocionales. En determinados estados, es posible que los afiliados deban pagar la tarifa minorista completa y no la tarifa de descuento negociada con ciertos proveedores participantes. Consulte el localizador de proveedores en línea para determinar qué proveedores participantes han aceptado la tarifa con descuento. Suscrito por Fidelity Security Life Insurance Company® de Kansas City, Missouri, excepto en Nueva York. Póliza de Fidelity Security Life número VC-146, número de formulario M-9184. Esta es una instantánea de sus prestaciones. El certificado de seguro se encuentra en los archivos de su empresa.

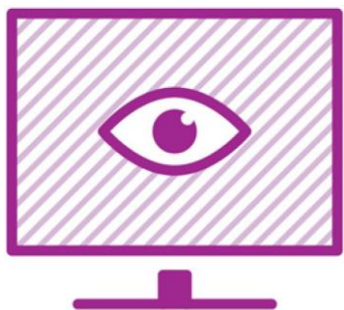
Ahorro más comodidad más elección

*Los proveedores PLUS añaden
otra capa de cobertura*

Mantenerse dentro de la red le ayuda a ahorrar dinero en revisiones oftalmológicas, monturas y lentes. El acudir a un proveedor PLUS le permitirá a ahorrar aún más. Y como los proveedores PLUS ya forman parte de nuestra red, las ventajas adicionales están integradas directamente en sus prestaciones oftalmológicas.

Sin códigos promocionales, sin cupones, sin papeleo. Las mismas prestaciones de visión, más un poco más de ahorro.

eye
Med



La elección es suya

Encuentre una variedad de oftalmólogos dentro de la red, incluidos los proveedores PLUS, en nuestro localizador de proveedores. Sólo busque el PLUS.

¿Necesita más ayuda? Póngase en contacto con nosotros en el 1.866.939.3633 o visite eyemed.com.

INDEPENDENT
PROVIDER
NETWORK



LENSCRAFTERS

PEARLE
VISION

OPTICAL