

# ClearPath Prime SILVER 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 sunglasses<sup>7</sup>

**20%** off  
non-prescription  
sunglasses<sup>7</sup>

These discounts are for  
in-network providers only

Vision Care Service	In-network	Out-of-network <sup>1</sup>
<b>Vision Exam With Dilation</b> (As necessary)	\$10 copay	\$30
<b>Retinal Imaging</b>	Up to \$39	N/A
<b>Contact Lens Fit &amp; Follow-up</b>		
Standard Fit & Follow-up	Up to \$55	N/A
Premium Fit & Follow-up	10% off retail price	N/A
<b>Frames</b>		
<b>Standard Plastic Lenses</b>		
Single Vision	\$10 copay	\$25
Bifocal	\$10 copay	\$40
Trifocal	\$10 copay	\$55
Lenticular	\$10 copay	\$55
Standard Progressive Lens <sup>2</sup>	\$75 copay	\$40
Premium Progressive Lens <sup>2</sup>	<b>Tier 1:</b> \$95 copay <b>Tier 2:</b> \$105 copay <b>Tier 3:</b> \$120 copay <b>Tier 4:</b> \$75 copay, 80% of charge less \$120 allowance	\$40
<b>Lens Options</b>		
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 <sup>2</sup>	\$45	N/A
Polarized	20% off retail price	N/A
Photocromatic/Transitions Plastic <sup>2</sup>	\$75	N/A
Premium Anti-reflective	<b>Tier 1:</b> \$57 <b>Tier 2:</b> \$68 <b>Tier 3:</b> 80% of charge	N/A
Other Add-Ons and Services	20% off retail price	N/A
<b>Contact Lenses<sup>3</sup></b>		
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
<b>Lasik and PRK Benefit</b>	15% off retail price or 5% off promotional price	N/A
<b>Diabetic Care Services<sup>4</sup></b>		
Office Service Visit (Medical follow-up exam)		\$77
Fundus Photography <sup>5</sup>		\$50
Extended Ophthalmoscopy <sup>6</sup>	Covered 100%, \$0 copay	\$15
Gonioscopy		\$15
Scanning Laser		\$33
<b>Frequency</b>		
Examination		Once every 12 months
Lenses or Contact Lenses		Once every 12 months
Frame		Once every 24 months
Diabetic Care Services		Up to 2 services per benefit year

<sup>1</sup>Out-of network reimbursement will be the lesser of the listed amount or the member's actual cost from the out-of-net work 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.

<sup>2</sup>Fixed 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 mem ber out-of-pocket costs. Contact EyeMed for a current listing of brands by tier.

<sup>3</sup>Contact lens allowance includes materials only.

<sup>4</sup>Diabetic 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.

<sup>5</sup>Not covered if extended ophthalmoscopy is provided within 6 months.

<sup>6</sup>Not covered if fundus photography is provided within 6 months.

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

# ClearPath Prime SILVER PLAN - INSIGHT NETWORK

Plan de Visión "Silver" en la red de Proveedores INSIGHT  
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 médica<sup>7</sup>

Descuento de  
**20%**

en gafas de sol sin  
receta médica<sup>7</sup>

Estos descuentos solo aplican a  
los proveedores dentro de la red

Servicio Oftalmológico	Dentro de la Red	Fuera de la Red <sup>1</sup>
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 <sup>2</sup>	Copago \$75	\$40
Progresivos Premium <sup>2</sup>	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
Policarbonato estándar	\$40	N/A
Revestimiento anti-reflejos, tipo estándar <sup>2</sup>	\$45	N/A
Revestimiento polarizado	Descuento de 20% del precio al público	N/A
Fotocromáticas/Transition, de plástico <sup>2</sup>	\$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 Contacto <sup>3</sup>		
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 Diabéticos <sup>4</sup>		
Consulta de seguimiento (examen médica)		\$77
Fotografía del fondo del ojo <sup>5</sup>		\$50
Oftalmoscopia extendida <sup>6</sup>	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 24 meses	
Servicios para Diabéticos	Un máximo de 2 servicios en cada año de beneficio	

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> El beneficio para lentes de contacto solo incluye los materiales.

<sup>4</sup> 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.

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

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

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