

Nick M B Enterprises LLC dba Black Oil Field Services

Número del grupo: 30914-1141

Número del plan: 130130CZ1



Copago del miembro		Frecuencia	
Examen de la visión	\$10 de copago	Examen de la visión	Una vez cada 12 meses
Materiales Se aplica a los marcos o a los anteojos, si corresponde.	\$10 de copago	Anteojos o lentes de contacto	Una vez cada 12 meses
		Marco	Una vez cada 24 meses

Servicios de atención de la visión	Costo para miembros dentro de la red*	Reembolso fuera de la red
------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------

Examen de la visión

Incluye refracción	Cobertura total después del copago de \$10	Hasta \$35
Imágenes de la retina	Máximo de \$45 de gastos de bolsillo (out-of-pocket, OOP) para los miembros	N/C

Ajuste y seguimiento de las lentes de contacto (Contact Lens Fit and Follow-up, CLEFFU)

CLEFFU estándar ^e	\$50 de asignación	N/C
CLEFFU personalizado ^e	\$75 de asignación	N/C

Asignación para marcos

Hasta un 20 % de descuento por encima de la asignación para marcos.*	\$130 de asignación	Hasta \$45
--	---------------------	------------

Anteojos estándar

Visión única	Cobertura total después del copago de \$10	Hasta \$25
Bifocales	Cobertura total después del copago de \$10	Hasta \$40
Trifocales	Cobertura total después del copago de \$10	Hasta \$50
Lenticulares	Cobertura total después del copago de \$10	Hasta \$80
Todos los demás progresivos	Saldo después de una asignación de \$50 + un 20 % de descuento como máximo en el comercio minorista	Hasta \$40

Opciones de precios preferenciales*

Paquete de opciones de nivel 1

Polycarbonato (visión única/multifocal)	\$40/\$44 máximo de gastos OOP del miembro	N/C
Recubrimiento estándar resistente a rayaduras	\$17 máximo de gastos OOP del miembro	N/C
Detección ultravioleta	\$15 máximo de gastos OOP del miembro	N/C
Tinte sólido o degradado	\$17 máximo de gastos OOP del miembro	N/C
Recubrimiento antirreflejo estándar	\$45 máximo de gastos OOP del miembro	N/C
Progresivos estándar [†]	\$50 de asignación	Hasta \$40
Progresivos premium	Saldo después de una asignación de \$50 + un 20 % de descuento como máximo en el comercio minorista	Hasta \$40
Fotocrómico de plástico (visión única/multifocal)	\$70/\$80 máximo de gastos OOP del miembro	N/C
Polarizado	\$75 máximo de gastos OOP del miembro	N/C
PGX/PBX	\$40 máximo de gastos OOP del miembro	N/C
Otras opciones de anteojos	Descuento del proveedor de hasta el 20 %	N/C

Lentes de contacto[‡]

Electivas	\$130 de asignación	Hasta \$110
Medicamento necesarias [§]	Cobertura total	Hasta \$250

Cirugía láser refractiva

Descuento del proveedor de hasta el 25 % [*]	Asignación de indemnización de \$150 por única vez/de por vida	\$150 por única vez/de por vida
---	--	---------------------------------

Los productos de seguro de visión de Avēsis están asegurados por Fidelity Security Life Insurance Company® (FSL), Kansas City, MO, cuando están asegurados por FSL. Aprobado por FSL 4/23. Administrado por Avēsis. Póliza n.° VC-16, Formulario M-9059.

Tarifas

Pagado por el empleado:
mensualmente

Solo el empleado	\$ 10.56
Empleado + uno	\$ 18.48
Empleado + familia	\$ 27.46

Así es como funciona

1. Encuentre un proveedor en www.avesis.com.
2. Haga una cita.
3. Visite al proveedor para obtener servicio.
4. Pague cualquier copago o gasto adicional.

¿Cómo podemos ayudarle?

Sitio web de Avēsis:

www.avesis.com

Servicio al cliente:

855-214-6777 de 7 a. m.
a 8 p. m. hora del este

Proveedor de LASIK:

877-712-2010

^Proveedor de la audición:

844-366-0039 TTY: 711

* Los descuentos no son beneficios asegurados.

^e CLEFFU sustituye al beneficio de las anteojos.

[†] Después de la asignación de \$50, el costo de bolsillo del miembro es de \$75 para los progresivos del L1 o de \$110 para los progresivos del L2.

[‡] En lugar de marcos y anteojos.

[§] Beneficio ampliado para ciertas afecciones.

^{*} Ahorre hasta un 25 % en precios para LASIK promedio cuando utilice Quasight (visite quasight.com/-avesis para obtener más información).

[^] Descuentos disponibles en pruebas de audición y audífonos a través de Amplifon.

En las sucursales participantes de Walmart/Sam, el precio minorista de su plan es de \$68. En las sucursales participantes de Costco, el precio minorista es de \$74.99

Uso de proveedores fuera de la red

Los miembros que opten por utilizar un proveedor fuera de la red deben pagarle por completo en el momento del servicio y presentar una reclamación a Avēsis para su reembolso, a menos que el proveedor acepte una asignación de beneficios. Los niveles de reembolso se ajustan al programa de reembolso fuera de la red anteriormente mencionado. Los beneficios fuera de la red están sujetos a las mismas disposiciones de elegibilidad, disponibilidad, frecuencia de beneficios, y limitación y exclusión del plan, y sustituyen a los servicios prestados por un proveedor participante de Avēsis. Para obtener los formularios de reclamación fuera de la red, póngase en contacto con el Centro de atención al cliente de Avēsis o con el administrador de su grupo, o visite www.avesis.com.

Disposiciones de finalización

La cobertura continuará mientras la póliza grupal permanezca vigente, se paguen las primas y mientras el empleado y cualquier dependiente cubierto sigan siendo elegibles y la cobertura del empleado permanezca vigente.

Notas y descargos de responsabilidad

La asignación para lentes de contacto se puede utilizar de una sola vez o durante todo el año del plan, según sea necesario, o se puede aplicar solo a las lentes de contacto. La cirugía láser refractiva se considera un procedimiento electivo y puede implicar riesgos potenciales para los pacientes. Avēsis no es responsable del resultado de ninguna cirugía refractiva. Los descuentos en materiales no están disponibles en las sucursales de Walmart. Los miembros no pueden utilizar su asignación de lentes de contacto para las tarifas de ajuste en Walmart y son responsables de cualquier tarifa correspondiente a sus gastos de bolsillo por los ajustes que les hagan allí. Los descuentos en materiales no están disponibles en las sucursales de Costco. No se requieren tarjetas de identificación para los servicios.

Limitaciones y exclusiones

Algunas disposiciones, beneficios, exclusiones o limitaciones enumeradas en el presente documento pueden variar en función del estado donde resida.

Limitaciones

Examen de la visión y materiales para la visión. Los honorarios cobrados por un Proveedor por servicios que no sean el Examen de la visión o los Materiales para la visión cubiertos deben ser pagados en su totalidad por la Persona asegurada al Proveedor. Dichas tarifas o materiales no están cubiertos por la Póliza.

Las asignaciones de beneficios no proporcionan ningún saldo restante para uso futuro dentro del mismo Período de beneficios.

Exclusiones

No se pagarán beneficios por servicios o materiales relacionados con lo siguiente, ni cargos que surjan de estos:

1. capacitación sobre ortopedia o sobre la visión, ayudas para la visión subnormal y cualquier prueba complementaria asociada; lentes Aniseikonic;
2. tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o las estructuras de apoyo;
3. cualquier examen ocular o de la visión, o cualquier anteojo correctivo, requerido por un Empleador como condición de empleo y anteojos de seguridad, a menos que esté específicamente cubierto por la Póliza;
4. servicios prestados como resultado de cualquier ley de compensación laboral, o legislación similar, o exigidos por cualquier agencia o programa gubernamental, ya sea federal, estatal o subdivisiones de esta;
5. lentes planas (sin receta);
6. anteojos de sol sin receta;
7. dos pares de anteojos en lugar de bifocales; o
8. servicios o materiales proporcionados por cualquier otro plan de beneficios grupales que proporcione atención de la visión.

Los anteojos, marcos, cristales o lentes de contacto perdidos o rotos no se reemplazarán excepto en el siguiente Período de beneficios cuando los Materiales para la visión estén disponibles en el futuro.

Exclusiones de los beneficios de la cirugía refractiva para la visión

Los beneficios no son pagaderos en ninguno de los siguientes casos:

1. exámenes de la visión de rutina o materiales para la visión correctiva, incluidos anteojos, accesorios, lentes, marcos o lentes de contacto correctivos; o
2. procedimientos, servicios o tratamientos médicos o quirúrgicos:
 - a. sin cobertura específica en virtud de esta Cláusula;
 - b. se proporcionan de forma gratuita en ausencia de seguro
 - c. pagaderos en virtud de cualquier ley de compensación laboral o autoridad legal similar
 - d. pagaderos en virtud de un plan o programa gubernamental, ya sea federal, estatal o subdivisiones de este.

Avēsis

10400 N 25th Ave., Suite
200, Phoenix, AZ 85021



☐ Renuncio al seguro de visión.

FORMA DE INSCRIPCION DEL EMPLEADO PARA CUIDADO DE LA VISIÓN DE AVĒSIS

POR FAVOR IMPRESION LEGIBLE

Subscrito por Avēsis Insurance Incorporated Phoenix, Arizona

PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO

Apellido del Empleado				Nombre del Empleado				Inicial	
Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social				Sexo			
/ /		- -				☐ Masculino ☐ Femenino			
Dirección								Apartamento	
Ciudad				Estado		Código Postal			
						-			

¿Usted desea cubrir a sus dependientes elegibles? ☐ Sí ☐ No

Si es así?, complete lo siguiente:

	Nombre de Dependiente	Fecha de Nacimiento
Esposo/a Socio Doméstico		/ /
Hijo/a		/ /
Hijo/a		/ /
Hijo/a		/ /
Hijo/a		/ /
Hijo/a		/ /
Hijo/a		/ /

☐ I would like to cover additional eligible dependents (PLEASE LIST ON A SECOND ENROLLMENT FORM)

Autorizo a realizar deducciones de mi salario por la cantidad de las contribuciones requeridas para aplicarse al costo de la cobertura. Certifico que soy elegible para participar y que la información que antecede es correcta.

Firma

Fecha

AIENRF

AII-AVP1

Al firmar arriba, entiendo que debo continuar inscrito durante el período del plan de beneficios.

PARA SER COMPLETADO PER EL EMPLEADOR

☐ Nueva Inscripción	☐ Agregue Dependiente(s)	☐ Cambio Dirección ☐ Teléfono ☐ Nombre ☐ COBRA	☐ Cancele la Cobertura ☐ Poseedor de Poliza ☐ Dependiente(s)
Razón del Cambio		☐ Estado de Empleo ☐ Acontecimiento de Calificación: (INDIQUE POR FAVOR) _____	
Fecha Eficaz Pedida		Fecha de Empleo	
/ /		/ /	