

Blue Cross Blue Shield FEP VisionSM

www.bcbsfepvision.com

1-888-550-2583



FEP VisionSM

2022

Nationwide Vision Plan, disponible en todo el país y en el extranjero

IMPORTANTE

- Tarifas: contraportada
- Cambios para 2022: Página 4
- Resumen de beneficios: Página 27

Opciones de inscripción para este plan:

- Opción de cobertura alta: solicitante únicamente.
- Opción de cobertura alta: solicitante y una persona.
- Opción de cobertura alta: solicitante y su familia.
- Opción de cobertura estándar: solicitante únicamente.
- Opción de cobertura estándar: solicitante y una persona.
- Opción de cobertura estándar: solicitante y su familia.



Federal Employees
Dental And Vision Insurance Program

Autorizado para su distribución por:



Office of Personnel Management
de los Estados Unidos

Atención médica y seguros
<http://www.opm.gov/insure>

Introducción

El 23 de diciembre de 2004, el presidente George W. Bush firmó la Ley Federal de Mejora de Beneficios Dentales y Oftalmológicos para Empleados de 2004 (Ley Pública 108-496). La ley ordenó a la Office of Personnel Management (OPM) que estableciera programas complementarios de beneficios dentales y oftalmológicos para poner a disposición de los empleados federales, los pensionados y sus familiares elegibles. En respuesta a la legislación, la OPM estableció el Federal Employees Dental and Vision Insurance Program (FEDVIP).

La OPM ha contratado a aseguradoras dentales y oftalmológicas para que ofrezcan una variedad de opciones a los empleados federales y pensionados. La Sección 715 de la Ley Nacional de Autorización de Defensa para el Año Fiscal 2017 (National Defense Authorization Act for Fiscal Year 2017, FY 2017 NDAA), Ley Pública 114-38, amplió la elegibilidad para el FEDVIP a ciertas personas elegibles para TRICARE.

Este folleto describe los beneficios de Blue Cross Blue Shield FEP Vision conforme al contrato OPM02-FEDVIP-02AP-04 de Blue Cross y Blue Shield Association con OPM, según lo autorizado por la ley del FEDVIP. La dirección de nuestra oficina administrativa es:

Blue Cross Blue Shield FEP Vision
711 Troy Schenectady Road, Suite 301
Latham, Nueva York 12110
1-888-550-BLUE (2583)
TTY: 1-800-523-2847
www.bcbsfepvision.com

Este folleto constituye la declaración oficial de beneficios. Ninguna declaración verbal puede modificar ni afectar de otro modo los beneficios, las limitaciones y las exclusiones de este folleto. Es su responsabilidad estar informado acerca de sus beneficios. Ni usted ni sus familiares tienen derecho a recibir los beneficios que estaban disponibles antes del 1.º de enero de 2022, a menos que dichos beneficios también se incluyan en este folleto.

Si está inscrito en este plan, tiene derecho a los beneficios descritos en este folleto. Si está inscrito para el Solicitante y una persona, usted y su familiar elegible designado tienen derecho a estos beneficios. Si está inscrito en la cobertura para el Solicitante y su familia, cada familiar elegible también tiene derecho a estos beneficios.

La OPM negocia los beneficios y las tarifas con cada aseguradora en forma anual. Las tarifas figuran al final de este folleto.

BCBS FEP Vision es responsable de la selección de proveedores de la red en su área. Póngase en contacto con nosotros al 1-888-550-2583 (TTY: 1-800-523-2847) para obtener los nombres de los proveedores participantes o para solicitar un directorio de proveedores. También puede solicitar o ver el directorio más actualizado a través de nuestro sitio web en www.bcbsfepvision.com. No se puede garantizar la participación continua de ningún proveedor específico. Por lo tanto, debe elegir su plan en función de los beneficios proporcionados y no en función de la participación de un proveedor en particular. Cuando llame para programar una cita, recuerde verificar que el proveedor se encuentre actualmente en la red. Si su proveedor no participa actualmente en la red de proveedores, puede nominarlo para que se una. Los formularios de nominación están disponibles en nuestro sitio web, o llámenos y tomaremos su nominación por teléfono. No puede cambiar de plan fuera de la temporada de inscripciones abiertas debido a cambios en la red de proveedores.

Las redes de proveedores pueden ser más amplias en algunas áreas que en otras. **Tenga en cuenta que la red de BCBS FEP Vision es diferente de la red de su plan de salud.**

Este plan BCBS FEP Vision y todos los demás planes del FEDVIP no forman parte del Programa Federal Employees Health Benefits (FEHB).

Queremos que sepa que proteger la confidencialidad de su información médica que lo identifica individualmente es de suma importancia para nosotros. Para revisar todos los detalles sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos, visite nuestro sitio web www.bcbsfepvision.com y haga clic en el enlace “Políticas de privacidad” en la parte inferior de la página. Si no tiene acceso a Internet o desea obtener más información, comuníquese con nosotros llamando al 1-888-550-2583 o para retransmisión TTY: 1-800-523-2847.

La discriminación es ilegal

BCBS FEP Vision cumple con todas las leyes de derechos civiles federales aplicables, incluidos tanto el Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964 como la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act). Conforme a la Sección 1557, BCBS FEP Vision no discrimina, excluye ni trata de forma diferente a las personas sobre la base de la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad o el sexo.

Índice

Introducción.....	1
Índice.....	1
Aspectos destacados del programa FEDVIP	3
Elección de planes y opciones	3
Inscribase a través de BENEFEDS.....	3
Inscripción doble.....	3
Fecha de vigencia de cobertura.....	3
Deducción de salario antes de impuestos para empleados.....	3
Oportunidad de inscripción anual.....	3
Cobertura grupal continua después de la jubilación.....	3
Cómo hemos cambiado para 2022.....	4
Sección 1 Elegibilidad	5
Empleados federales.....	5
Pensionados federales.....	5
Pensionados sobrevivientes.....	5
Indemnizados	5
Persona elegible para TRICARE.....	5
Familiares.....	6
Personas no elegibles.....	6
Sección 2 Inscripción.....	7
Inscribase a través de BENEFEDS.....	7
Tipos de inscripción.....	7
Inscripción doble.....	7
Oportunidades para inscribirse o cambiar la inscripción	8
Cuándo termina la cobertura.....	10
Continuación de la cobertura.....	11
FSAFEDS/Planes de salud con deducible alto y FEDVIP	12
Sección 3 Cómo obtener atención.....	13
Tarjetas de identificación/Confirmación de inscripción	13
Proveedores del plan.....	13
Dentro de la red.....	13
Fuera de la red.....	13
Autorización previa	14
Primer pagador de FEHB	14
Coordinación de beneficios.....	14
Áreas de acceso limitado.....	15
Sección 4 Su costo por los servicios cubiertos.....	16
Copago.....	16
Servicios dentro de la red.....	16
Servicios fuera de la red.....	16
Sección 5 Servicios y suministros oftalmológicos.....	17
Diagnóstico.....	17
Anteojos.....	17
Sección 6 Servicios y suministros internacionales	23
Pago de reclamos internacionales.....	23
Cómo encontrar un proveedor internacional.....	23

Presentación de reclamos internacionales.....	23
Sitio web y números de teléfono del Servicio de atención al cliente.....	23
Asignaciones autorizadas por el plan en el exterior.....	23
Sección 7 Exclusiones generales: cosas que no cubrimos.....	25
Sección 8 Proceso de presentación de reclamos y reclamos en disputa.....	26
Cómo presentar un reclamo por servicios cubiertos.....	26
Plazo para presentar su reclamo.....	26
Proceso para reclamos en disputa.....	26
Sección 9 Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto.....	28
Pensionados.....	28
BENEFEDS.....	28
Beneficios.....	28
Miembro.....	28
FEDVIP.....	28
Asignación autorizada por el plan.....	28
Autorización previa.....	28
Patrocinador.....	28
Familiar certificador de TEI.....	28
Familiar de una persona elegible para TRICARE (TRICARE-eligible individual, TEI).....	28
Nosotros.....	28
Usted.....	28
¡Detenga el fraude de atención médica!.....	29
Resumen de beneficios.....	30
Información sobre tarifas.....	33

Aspectos destacados del programa FEDVIP

Elección de planes y opciones	Puede seleccionar entre varios planes nacionales y, en algunas áreas, planes regionales dentales de la Organización de Proveedor Preferido (PPO) o de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y opciones de cobertura estándar y alta. También puede seleccionar entre varios planes oftalmológicos a nivel nacional. Puede inscribirse en un plan dental o un plan oftalmológico, o ambos. Algunos beneficiarios de TRICARE pueden no ser elegibles para inscribirse en ambos. Visite www.opm.gov/dental o www.opm.gov/vision para obtener más información.
Inscríbese a través de BENEFEDS	Inscríbese en línea en www.BENEFEDS.com . Consulte la Sección 2, Inscripción, para obtener más información.
Inscripción doble	Si usted o uno de sus familiares está inscrito o cubierto por un plan FEDVIP, esa persona no puede estar inscrita o cubierta como familiar por otro plan FEDVIP que ofrezca el mismo tipo de cobertura; es decir, usted (o los familiares cubiertos) no puede estar cubierto por dos planes dentales FEDVIP o dos planes oftalmológicos FEDVIP.
Fecha de vigencia de cobertura	Si se inscribe en un plan dental y/u oftalmológico durante la temporada de inscripciones abiertas 2021, su cobertura comenzará el 1.º de enero de 2022. Las deducciones de la prima comenzarán con el primer período de pago completo que comienza el 1.º de enero de 2022 o después de esa fecha. Puede usar sus beneficios tan pronto como se confirme su inscripción.
Deducción de salario antes de impuestos para empleados	Los empleados pagan las primas automáticamente a través de deducciones de nómina utilizando dinero antes de impuestos. Los pensionados pagan las primas automáticamente a través de deducciones de anualidades utilizando dinero después de impuestos. Los miembros de TRICARE pagan las primas automáticamente a través de deducciones de nómina o retiros bancarios automáticos (automatic bank withdrawal, ABW) con dinero después de impuestos.
Oportunidad de inscripción anual	Cada año, se llevará a cabo una temporada de inscripciones abiertas, durante la cual podrá inscribirse o cambiar su inscripción en el plan dental u oftalmológico. Este año, la temporada de inscripciones abiertas es desde el 8 de noviembre de 2021 hasta la medianoche, hora del este, del 13 de diciembre de 2021. No es necesario que vuelva a inscribirse en cada temporada de inscripciones abiertas, a menos que desee cambiar de plan u opciones de plan; su cobertura continuará desde el año anterior. Además de la temporada anual de inscripciones abiertas, hay ciertos eventos que le permiten realizar tipos específicos de cambios de inscripción durante todo el año. Consulte la Sección 2, Inscripción, para obtener más información.
Cobertura grupal continua después de la jubilación	Su inscripción o su elegibilidad para inscribirse pueden continuar después de la jubilación. No es necesario que esté inscrito en el FEDVIP por ningún período de tiempo para continuar con la inscripción en la jubilación. Sus familiares también pueden continuar con la inscripción después de su muerte. Consulte la Sección 1, Elegibilidad, para obtener más información.

Cómo hemos cambiado para 2022

¡Nuevo!

- Ampliamos nuestra red en línea y de minoristas agregando Warby Parker.

Los cambios en nuestras Opciones de cobertura alta y estándar (únicamente dentro de la red) incluyen:

- Ahora proporcionamos cobertura para un segundo examen oftalmológico dentro de la red y beneficios para un segundo par de marcos con lentes (si cambia la receta) para niños menores de 13 años. **Se requiere autorización previa.**
- Ahora proporcionamos cobertura para un segundo examen oftalmológico dentro de la red y beneficios para un segundo par de lentes (si cambia la receta) para miembros que tienen las siguientes afecciones: diabetes, hipertensión, nefropatía, demencia, embarazo, pacientes con cáncer de cabeza y cuello que reciben radioterapia (head and neck cancer patients with radiation therapy, HNCRT). **Se requiere autorización previa.**

Los cambios a nuestra Opción de cobertura alta solo incluyen:

- Hemos reducido el copago para los lentes progresivos Premium, Ultra y Ultimate en \$50.

Sección 1 Elegibilidad

Empleados federales	<p>Si usted es un empleado federal o del Servicio Postal de los EE. UU., es elegible para inscribirse en el FEDVIP, si es elegible para el Federal Employees Health Benefits (FEHB) o el Mercado de Seguros de Salud (Intercambio) y su puesto no está excluido por ley o reglamentación. No se requiere la inscripción en el Programa de FEHB ni en un plan del Mercado de Seguros de Salud (Intercambio).</p>
Pensionados federales	<p>Usted es elegible para inscribirse si:</p> <ul style="list-style-type: none">• se jubiló con una anualidad inmediata en virtud del Sistema de Jubilación del Servicio Civil (Civil Service Retirement System, CSRS), el Sistema de Jubilación de Empleados Federales (Federal Employees Retirement System, FERS) u otro sistema de jubilación para empleados del gobierno federal;• se jubiló por discapacidad conforme al CSRS, el FERS u otro sistema de jubilación para empleados del gobierno federal. <p>Su inscripción en el FEDVIP continuará en la jubilación si se jubila con una anualidad inmediata o por discapacidad en virtud del CSRS, el FERS u otro sistema de jubilación para empleados del gobierno, independientemente del tiempo que haya tenido la cobertura del FEDVIP como empleado. No existe un requisito de tener cobertura por 5 años de servicio antes de la jubilación para continuar con la cobertura en la jubilación, como ocurre con el Programa de FEHB.</p> <p>Su cobertura de FEDVIP finalizará si se jubila con una edad mínima de jubilación (minimum retirement age, MRA) + 10 años de jubilación y pospone la recepción de su anualidad. Puede inscribirse en FEDVIP nuevamente cuando comience a recibir su anualidad.</p>
Pensionados sobrevivientes	<p>Si usted es sobreviviente de un empleado o pensionado fallecido del gobierno federal/del Servicio Postal de los EE. UU. y recibe una anualidad, puede inscribirse o continuar con la inscripción existente.</p>
Indemnizados	<p>Un indemnizado es una persona que recibe una compensación mensual de la Oficina de Programas de Compensación de Trabajadores (Office of Workers' Compensation Programs, OWCP) del Departamento de Trabajo debido a una lesión/enfermedad en el trabajo que el Secretario de Trabajo determina que no puede regresar al trabajo. Usted es elegible para inscribirse en FEDVIP o continuar con la inscripción en FEDVIP en estado de compensación.</p>
Persona elegible para TRICARE	<p>Una persona que es elegible para la cobertura dental del FEDVIP en función de la elegibilidad de la persona para estar previamente cubierta por el Programa Dental para Jubilados de TRICARE o una persona elegible para la cobertura oftalmológica del FEDVIP en función de la inscripción de la persona en un plan de salud de TRICARE específico.</p> <p>Los miembros jubilados de los servicios uniformados y los componentes de la Reserva/Guardia Nacional, incluidos los jubilados del “área gris” menores de 60 años, y sus familias son elegibles para la cobertura dental de FEDVIP. Estas personas, si están inscritas en un plan de salud de TRICARE, también son elegibles para la cobertura oftalmológica de FEDVIP. Además, los familiares en servicio activo de los servicios uniformados que están inscritos en un plan de salud de TRICARE son elegibles para la cobertura oftalmológica de FEDVIP.</p>

Familiares

Excepto con respecto a las personas elegibles para TRICARE, los familiares incluyen a su cónyuge e hijos dependientes solteros menores de 22 años. Esto incluye niños adoptados legalmente y niños naturales reconocidos que cumplen con ciertos requisitos de dependencia. Esto también incluye a los hijastros y niños en acogida que viven con usted en una relación regular de padres e hijos. En algunas circunstancias, también podrá prorrogar la cobertura para un hijo discapacitado que tenga 22 años o más y no pueda mantenerse por sí solo. Las reglas de FEDVIP y las reglas de FEHB para la elegibilidad de los familiares **NO** son las mismas.

Para obtener más información sobre la elegibilidad de los familiares, visite el sitio web en www.opm.gov/healthcare-insurance/dental-vision/ o comuníquese con su agencia de empleo o sistema de jubilación.

Con respecto a las personas elegibles para TRICARE, familiares incluyen a su cónyuge, viuda no casada, viudo no casado, hijo no casado, excónyuge no casado que cumple con los requisitos de elegibilidad del Departamento de Defensa de los EE. UU. 20-20-20 o 20-20-15, y ciertas personas no casadas colocadas en su custodia legal por un tribunal. Los hijos incluyen hijos adoptados legalmente, hijastros e hijos preadoptivos. Los hijos y las personas dependientes solteras deben ser menores de 21 años si no son estudiantes, menores de 23 años si son estudiantes de tiempo completo o incapaces de mantenerse a sí mismos debido a una incapacidad mental o física.

Personas no elegibles

Las siguientes personas no son elegibles para inscribirse en FEDVIP, independientemente de la elegibilidad de FEHB o la recepción de una anualidad o parte de una anualidad:

- Pensionados diferidos.
- Excónyuges de empleados o pensionados.

Nota: Los excónyuges de personas elegibles para TRICARE pueden inscribirse en un plan oftalmológico de FEDVIP.

- Miembros de continuación temporal de la cobertura (temporary continuation of coverage, TCC) de FEHB.
- Cualquier persona que reciba una anualidad de interés asegurable que no sea también un familiar elegible.
- Miembros en servicio activo de los servicios uniformados.

Nota: Si usted es un miembro del servicio uniformado en servicio activo, su cobertura dental y oftalmológica será proporcionada por TRICARE. Sus familiares seguirán siendo elegibles para inscribirse en el TRICARE Dental Plan (TDP).

Sección 2 Inscripción

Inscríbese a través de BENEFEDES	<p>Debe usar BENEFEDES para inscribirse o cambiar la inscripción en un plan FEDVIP. BENEFEDES es un sitio web de inscripción seguro (www.BENEFEDES.com) patrocinado por OPM. Si no tiene acceso a una computadora, llame al 1-877-888-FEDS (1-877-888-3337), número TTY 1-877-889-5680 para inscribirse o cambiar su inscripción.</p> <p>Si actualmente está inscrito en un plan oftalmológico de FEDVIP y desea cambiarse a BCBS FEP Vision, debe cambiar la inscripción a través de BENEFEDES. Si no desea cambiar de planes u opciones, su inscripción continuará automáticamente. Tenga en cuenta que las primas de sus planes pueden cambiar para 2022.</p> <p>Nota: No puede inscribirse ni cambiar la inscripción en un plan FEDVIP utilizando el Formulario de elección de beneficios de salud (SF 2809) o a través de un sistema de autoservicio de la agencia, como Employee Express, PostalEase, EBIS, MyPay o Employee Personal Page. Sin embargo, esos sitios pueden proporcionar un enlace a BENEFEDES.</p>
Tipos de inscripción	<p>Solicitante únicamente: Una inscripción para el Solicitante únicamente lo cubre únicamente a usted como empleado o pensionado inscrito. Puede elegir una inscripción para el Solicitante únicamente aunque tenga una familia; sin embargo, sus familiares no estarán cubiertos por FEDVIP.</p> <p>Solicitante y una persona: Una inscripción para el Solicitante y una persona lo cubre a usted como empleado o beneficiario de la anualidad inscrito y a un familiar elegible que usted especifique. Puede elegir una inscripción para el Solicitante y una persona aunque tenga familiares elegibles adicionales, pero estos no estarán cubiertos por FEDVIP.</p> <p>Solicitante y su familia: Una inscripción para el Solicitante y su familia lo cubre a usted como empleado o pensionado inscrito y a todos sus familiares elegibles. Debe enumerar a todos sus familiares elegibles cuando se inscriba.</p>
Inscripción doble	<p>Si usted o uno de sus familiares está inscrito o cubierto por un plan FEDVIP, esa persona no puede estar inscrita o cubierta como familiar por otro plan FEDVIP que ofrezca el mismo tipo de cobertura; es decir, usted (o los familiares cubiertos) no puede estar cubierto por dos planes dentales FEDVIP o dos planes oftalmológicos FEDVIP.</p>

Oportunidades para inscribirse o cambiar la inscripción

Temporada de inscripciones abiertas

Si usted es un empleado elegible, pensionado o persona elegible para TRICARE, puede inscribirse en un plan dental y/u oftalmológico durante la temporada de inscripciones abiertas del 8 de noviembre hasta la medianoche, hora del este, del 13 de diciembre de 2021. La cobertura está vigente a partir del 1.º de enero de 2022.

Durante las próximas temporadas anuales de inscripciones abiertas, puede inscribirse en un plan o cambiar o cancelar su cobertura dental y/u oftalmológica. La fecha de vigencia de estas inscripciones y cambios de temporada de inscripciones abiertas será establecida por la OPM. **Si desea continuar con su inscripción actual, no haga nada. Su inscripción se transfiere de un año a otro, a menos que la cambie.**

Nueva contratación/Recientemente elegible

Puede inscribirse dentro de los 60 días después de volverse elegible como:

- un empleado nuevo;
- un empleado previamente no elegible que fue transferido a un puesto cubierto;
- un pensionado sobreviviente si aún no está cubierto por el FEDVIP; o
- un empleado que regresa al servicio después de una interrupción en el servicio de, al menos, 31 días;
- una persona elegible para TRICARE.

Su inscripción entrará en vigencia el primer día del período de pago posterior al período en el que BENEFEDS reciba y confirme su inscripción.

Oportunidades para inscribirse o cambiar la inscripción

Evento de vida calificante

Un evento de vida calificante (qualifying life event, QLE) es un evento que le permite inscribirse, o si ya está inscrito, le permite cambiar su inscripción fuera de una temporada de inscripciones abiertas.

La siguiente tabla enumera los QLE y las acciones de inscripción que puede realizar:

Evento de vida calificante: Matrimonio

De no inscrito a inscrito: Sí
Aumento del tipo de inscripción: Sí
Reducción del tipo de inscripción: No
Cancelación: No
Cambio de un plan a otro: Sí

Evento de vida calificante: Adquisición de un familiar elegible (no cónyuge)

De no inscrito a inscrito: No
Aumento del tipo de inscripción: Sí
Reducción del tipo de inscripción: No
Cancelación: No
Cambio de un plan a otro: No

Evento de vida calificante: Pérdida de un familiar cubierto

De no inscrito a inscrito: No
Aumento del tipo de inscripción: No
Reducción del tipo de inscripción: Sí
Cancelación: No
Cambio de un plan a otro: No

Evento de vida calificante: Pérdida de otra cobertura dental/ofthalmológica (elegible o persona cubierta)

De no inscrito a inscrito: Sí
Aumento del tipo de inscripción: Sí
Reducción del tipo de inscripción: No
Cancelación: No
Cambio de un plan a otro: No

Evento de vida calificante: Mudanza fuera del área de servicio del plan regional

De no inscrito a inscrito: No
Aumento del tipo de inscripción: No
Reducción del tipo de inscripción: No
Cancelación: No
Cambio de un plan a otro: Sí

Evento de vida calificante: Traspaso al servicio militar activo, estado no remunerado (miembro o cónyuge)

De no inscrito a inscrito: No
Aumento del tipo de inscripción: No
Reducción del tipo de inscripción: No
Cancelación: Sí
Cambio de un plan a otro: No

Evento de vida calificante: Regreso al estado de pago desde el servicio militar activo (miembro o cónyuge)

De no inscrito a inscrito: Sí
Aumento del tipo de inscripción: No
Reducción del tipo de inscripción: No
Cancelación: No
Cambio de un plan a otro: No

Evento de vida calificante: Regreso al estado de pago tras una licencia sin goce de sueldo

De no inscrito a inscrito: Sí (si la inscripción se canceló durante la licencia sin goce de sueldo [leave without pay, LWOP])

Aumento del tipo de inscripción: No

Reducción del tipo de inscripción: No

Cancelación: No

Cambio de un plan a otro: Sí (si la inscripción se canceló durante la LWOP)

Evento de vida calificante: Anualidad/compensación restaurada

De no inscrito a inscrito: Sí

Aumento del tipo de inscripción: No

Reducción del tipo de inscripción: No

Cancelación: No

Cambio de un plan a otro: No

Evento de vida calificante: Transferencia a un puesto elegible*

De no inscrito a inscrito: No

Aumento del tipo de inscripción: No

Reducción del tipo de inscripción: No

Cancelación: Sí

Cambio de un plan a otro: No

*El puesto debe ser en una agencia federal que proporcione cobertura dental y/u oftalmológica con una prima pagada por el empleador del 50 por ciento o más.

El plazo para solicitar un cambio de QLE es de 31 días antes a 60 días después del evento. Existen dos excepciones:

- No hay límite de tiempo para un cambio basado en el traslado desde el área de servicio de un plan regional.
- No puede solicitar una nueva inscripción basada en un QLE antes de que ocurra el QLE, excepto en el caso de la inscripción por pérdida del seguro dental u oftalmológico. Debe realizar el cambio a más tardar 60 días después del evento.

En general, las inscripciones y los cambios de inscripción realizados en función de un QLE entran en vigencia el primer día del período de pago posterior al que BENEFEDS recibe y confirma la inscripción o el cambio. BENEFEDS le enviará una confirmación de la fecha de vigencia de su nueva cobertura.

Una vez que se inscribe en un plan, finaliza su período de 60 días para ese tipo de plan, incluso si aún no han transcurrido 60 días calendario. Eso significa que, una vez que se haya inscrito en un plan dental u oftalmológico, no podrá cambiar ni cancelar esa inscripción en particular hasta la próxima temporada de inscripciones abiertas, a menos que experimente un QLE que permita dicho cambio o cancelación.

Cancelación de una inscripción

Puede cancelar su inscripción solo durante la temporada anual de inscripciones abiertas. La cobertura de un familiar elegible también finaliza en la fecha de vigencia de la cancelación.

Su cancelación entra en vigencia al final del día anterior a la fecha que OPM establece como la fecha de vigencia de la temporada de inscripciones abiertas.

La cobertura finaliza para empleados federales y del Servicio Postal de los EE. UU. activos y jubilados y personas elegibles para TRICARE cuando usted:

- ya no cumple con la definición de empleado elegible, pensionado o persona elegible para TRICARE;
- comienza a prestar servicio activo como reservista jubilado;
- abandona el servicio activo como el patrocinador o el miembro principal;
- comienza un período de estado de falta de pago o pago que no sea suficiente para que se

Oportunidades para inscribirse o cambiar la inscripción

Cuándo termina la cobertura

retengan sus primas de FEDVIP y no realiza pagos directos de primas a BENEFEDS;

- realiza pagos directos de primas a BENEFEDS y deja de realizar los pagos;
- cancela la inscripción durante la temporada de inscripciones abiertas.

La cobertura para un familiar finaliza cuando:

- usted como miembro pierde la cobertura; o
- el familiar ya no cumple con la definición de familiar elegible.

**Continuación de la
cobertura**

Conforme a FEDVIP, no hay una extensión de la cobertura de 31 días. Las siguientes opciones TAMPOCO están disponibles en virtud de los planes FEDVIP:

- continuación temporal de la cobertura (TCC);
- cobertura de capital del cónyuge; o
- derecho a pasarse a una póliza individual (póliza de conversión).

FSAFEDS/Planes de salud con deducible alto y FEDVIP

Si planea inscribirse en una Cuenta de gastos flexibles para atención médica (Health Care Flexible Spending Account, HCFSA) de FSAFEDS o una Cuenta de gastos flexibles para atención médica de gastos limitados (Limited Expense Health Care Flexible Spending Account, HCFSA de LEX), debe considerar cómo la cobertura de un plan FEDVIP afectará sus gastos anuales y, por lo tanto, el monto que debe asignar a una cuenta de FSAFEDS. Tenga en cuenta que las primas de seguro no son gastos elegibles para ningún tipo de FSA.

Si tiene una cuenta de FSAFEDS HCFSA o LEX HCFSA y no ha agotado sus fondos antes del 31 de diciembre del año del plan, FSAFEDS puede transferir automáticamente hasta \$550 de fondos no gastados a otra cuenta de gastos limitados o de atención médica para el año siguiente. Para ser elegible para la transferencia, debe ser empleado de una agencia que participe en FSAFEDS y que realice asignaciones activamente desde su pago hasta el 31 de diciembre. También debe reinscribirse activamente en una cuenta de atención médica o de gastos limitados durante la PRÓXIMA temporada de inscripciones abiertas para ser elegible para el traspaso. Su reinscripción debe ser por un mínimo de \$100. Si no se reinscribe, o si no es empleado de una agencia que participa en FSAFEDS y realiza asignaciones activamente desde su pago hasta el 31 de diciembre, sus fondos no se transferirán.

Debido a los beneficios impositivos que proporciona una FSA, el IRS exige que usted renuncie a cualquier dinero para el cual no haya incurrido en un gasto elegible y presente un reclamo en el período permitido. Esto se conoce como la regla “se usa o se pierde”. Considere cuidadosamente el monto que elegirá.

Para una cuenta de atención médica o de gastos limitados, cada participante debe contribuir un mínimo de \$100 hasta un máximo de \$2,750.

Los participantes actuales de FSAFEDS deben volver a inscribirse para participar el próximo año. Consulte www.fsafeds.com o llame al 1-877-FSAFEDS (372-3337) o TTY: 1-866-353-8058.

Nota: FSAFEDS no está abierto a empleados jubilados ni a personas elegibles para TRICARE.

Si se inscribe o está inscrito en un plan de salud con deducible alto con una Health Savings Account (HSA) (Cuenta de Ahorros para la Salud) o un Health reimbursement arrangement (HRA) (Convenio de reembolso de gastos médicos), puede usar su HSA o HRA para pagar los costos dentales/ofthalmológicos calificados que no estén cubiertos por sus planes de FEHB y FEDVIP. Deberá presentar su reclamo a la Cuenta de gastos flexibles para atención médica (HCFSA) de FSAFEDS o a la Cuenta de gastos flexibles para atención médica de gastos limitados (LEX HCFSA).

Usar el dinero de su FSA antes de impuestos para sus necesidades dentales y oftalmológicas es una excelente manera de aprovechar más su dinero de beneficios. Además, BCBS FEP Vision enviará sus gastos de bolsillo de FSAFEDS elegibles en forma electrónica, para que usted no tenga que hacerlo. Usar su cuenta de FSAFEDS para sus gastos de atención oftalmológica y anteojos es simple:

- Visite a su proveedor para que le realice un examen oftalmológico y le recete anteojos.
- Pague los gastos de desembolso directo.
- Blue Cross Blue Shield FEP Vision presentará los gastos elegibles de su HCFSA para su reembolso. Si realiza compras adicionales o recibe servicios adicionales fuera de sus beneficios, presente esos gastos directamente a FSAFEDS.

Sección 3 Cómo obtener atención

Tarjetas de identificación/Confirmación de inscripción

Se emiten dos tarjetas de identificación para cada miembro, independientemente de la opción de cobertura. Si necesita tarjetas adicionales, puede solicitarlas a través de nuestro sitio web, www.bcbsfepvision.com, o llámenos al 1-888-550-2583 o TTY: 1-800-523-2847. Todos los dependientes elegibles que figuran en su inscripción comparten su número de identificación. No necesita una tarjeta de identificación para cada familiar. Puede imprimir una tarjeta de identificación provisional en línea, verla en nuestra aplicación móvil o comunicarse con el servicio de atención al cliente para verificar su elegibilidad en el plan.

Proveedores del plan

En el directorio de proveedores, que se actualiza con frecuencia, enumeramos los proveedores del plan que se encuentran dentro de la red. Visite nuestro sitio web www.bcbsfepvision.com para conocer la lista más actual. Es su responsabilidad asegurarse de que el proveedor elegido sea un participante activo en el programa, en el momento en que recibe los servicios. **La red de BCBS FEP Vision es específica de la atención oftalmológica de rutina y es distinta a la red de su plan médico.**

En algunos casos, debido a las reglamentaciones locales o las prácticas comerciales, el médico puede ser independiente del local de venta minorista. Debe confirmar que tanto el médico como el local de venta minorista participan antes de solicitar sus servicios.

Dentro de la red

Negociamos tarifas con proveedores de atención oftalmológica para ayudarlo a ahorrar dinero. Los proveedores de la red de BCBS FEP Vision se denominan proveedores participantes y se contratan a través de Davis Vision. Cuando programe una cita, debe identificarse como miembro del plan FEDVIP BCBS FEP Vision. Luego, el proveedor es responsable de verificar la elegibilidad comunicándose con BCBS FEP Vision por teléfono o a través de la web. Si utiliza un proveedor participante para obtener atención cubierta, los beneficios se pagan al nivel de la red. Usted es responsable de los cargos cubiertos hasta la asignación negociada por nuestro plan.

BCBS FEP Vision también ofrece varias opciones de comercio electrónico dentro de la red

como: 1800contacts.com, befitting.com, glasses.com, visionworks.com y Warby Parker. Consulte el sitio web para conocer opciones adicionales.

En la Opción de cobertura estándar, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Si recibe atención de un proveedor no participante, no pagaremos ningún servicio, a menos que resida en un área de acceso limitado. Consulte la Sección 4, Su costo por los servicios cubiertos.

Fuera de la red

En la Opción de cobertura alta, usted puede obtener atención de cualquier proveedor de atención oftalmológica autorizado. Si el proveedor que lo atiende no forma parte de nuestra red, los beneficios se considerarán como fuera de la red. Debido a que estos proveedores están fuera de la red de BCBS FEP Vision, le reembolsaremos hasta el monto máximo de reembolso permitido por el plan (consulte las asignaciones de la lista de cargos que se describen en la Sección 4, Su costo por los servicios cubiertos). Usted es responsable de pagar al proveedor fuera de la red y, luego, presentar un reclamo para recibir su reembolso (consulte la Sección 8, Procesos de presentación de reclamos y reclamos en disputa, para obtener información).

En la Opción de cobertura estándar, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Si recibe atención de un proveedor no participante, no pagaremos ningún servicio, a menos que resida en un área de acceso limitado. Consulte la Sección 4, Su costo por los servicios cubiertos.

Autorización previa

Se requiere autorización previa únicamente para:

- Lentes de contacto médicamente necesarios para el tratamiento de ciertas afecciones oculares y que se obtengan a través de un proveedor participante.
- El tratamiento de la visión deficiente y que se obtenga a través de un proveedor participante.

Primer pagador de FEHB

Cuando visita a un proveedor que participa en su plan de FEHB y en su plan FEDVIP, y el plan de FEHB ofrece atención y servicios oftalmológicos de rutina, el plan de FEHB pagará los beneficios primero. En estos casos, la asignación autorizada por el plan FEDVIP será el cargo predominante. Usted es responsable de la diferencia entre los pagos de beneficios de FEHB y FEDVIP y la asignación autorizada por el plan FEDVIP. Somos responsables de facilitar el proceso con el pagador principal de FEHB.

Coordinación de beneficios

No coordinamos beneficios con planes de salud que no sean de FEHB.

Áreas de acceso limitado

Si vive en un área que no tiene acceso adecuado a un proveedor de la red de BCBS FEP Vision y recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagaremos hasta el 100 % de la asignación autorizada por nuestro plan. Usted es responsable del pago de cualquier diferencia entre el monto facturado y nuestro pago. Para determinar si se encuentra en un área de acceso limitado, llámenos al 1-888-550-2583 o TTY: 1-800-523-2847.

Los miembros que residen en áreas que no cumplen con los estándares de acceso* pueden visitar a un proveedor fuera de la red, pagar los cargos facturados y, luego, recibir un reembolso según la asignación autorizada por el plan.

***NOTA: Estándares de acceso**

Códigos postales urbanos y suburbanos: al menos el 90 % de las personas elegibles para FEDVIP de un área con acceso a la red (código postal más 15 millas en automóvil) deben tener acceso a un proveedor preferido de atención oftalmológica.

Códigos postales rurales: al menos el 80 % de las personas elegibles para FEDVIP de un área con acceso a la red (código postal más 35 millas en automóvil) deben tener acceso a un proveedor preferido de atención oftalmológica.

Asignación autorizada por el plan: El pago de beneficio máximo por los servicios prestados en áreas que no cumplen con los estándares de acceso se muestra en el siguiente cuadro. Usted es responsable de los cargos facturados que superen los montos indicados.

Servicios/Material: Examen oftalmológico

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$50

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$50

Servicios/Material: Lentes monofocales

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$72

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$72

Servicios/Material: Lentes bifocales

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$109

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$109

Servicios/Material: Lentes trifocales

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$136

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$136

Servicios/Material: Lentes lenticulares

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$136

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$136

Servicios/Material: Lentes de contacto

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$150

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$130

Servicios/Material: Lentes de contacto médicamente necesarios

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$600

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$600

Servicios/Material: Marcos

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$200

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$140

Sección 4 Su costo por los servicios cubiertos

Esto es lo que paga de desembolso directo por la atención cubierta que reciba:

Copago

Un copago es un monto fijo de dinero que le paga al proveedor cuando recibe servicios.

Por ejemplo: Los planes BCBS FEP Vision con Opción de cobertura alta y Opción de cobertura estándar tienen un copago de \$0 para un examen oftalmológico. Sin embargo, la Opción de cobertura estándar tiene un copago de \$10 para lentes. Este copago no se aplica a la Opción de cobertura alta. Consulte la Sección 5 para obtener más detalles.

Servicios dentro de la red

Cuando visita a un médico de la red de BCBS FEP Vision, su examen oftalmológico está cubierto en su totalidad y los anteojos o lentes de contacto recetados están cubiertos después de cualquier copago. También recibirá un 20 % de descuento en los costos de desembolso directo que superen su asignación para marcos y un ahorro del 15 % en cualquier saldo que supere su asignación para lentes de contacto convencionales. Para recibir los beneficios cubiertos, debe permanecer dentro de la red si está inscrito en la Opción de cobertura estándar.

Servicios fuera de la red

Si está inscrito en la Opción de cobertura estándar, debe permanecer dentro de la red para recibir los servicios cubiertos. Si recibe atención de un proveedor no participante, no pagaremos ningún servicio, a menos que resida en un área de acceso limitado.

Si está inscrito en la Opción de cobertura alta, aprovechará más de su cobertura y pagará costos de desembolso directo más bajos cuando consulte a un médico de la red de BCBS FEP Vision. Además, no debe presentar formularios de reclamo cuando consulta a un médico dentro de la red. Cuando visite a un proveedor fuera de la red, se le reembolsará de acuerdo con el cronograma que se muestra en la siguiente tabla. Usted será responsable de los cargos facturados que superen los montos indicados.

Servicios/Material: Examen oftalmológico

Nosotros pagamos: Hasta \$30

Servicios/Material: Lentes monofocales

Nosotros pagamos: Hasta \$25

Servicios/Material: Lentes bifocales

Nosotros pagamos: Hasta \$35

Servicios/Material: Lentes trifocales

Nosotros pagamos: Hasta \$45

Servicios/Material: Lentes lenticulares

Nosotros pagamos: Hasta \$45

Servicios/Material: Lentes de contacto optativos

Nosotros pagamos: Hasta \$75

Servicios/Material: Lentes de contacto médicamente necesarios

Nosotros pagamos: Hasta \$225

Servicios/Material: Marcos

Nosotros pagamos: Hasta \$30

Consulte la Sección 3, Cómo obtener atención, para obtener más información.

Sección 5 Servicios y suministros oftalmológicos

Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando determinamos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los protocolos generalmente aceptados.

- Todos los proveedores independientes de BCBS FEP Vision deben ofrecer un 20% de descuento a todos los miembros que compren marcos, anteojos o lentes de contacto de uso diario adicionales, y un 10% de descuento al comprar lentes de contacto desechables adicionales. Este descuento puede ser en conjunto con su beneficio (par 2, 3, etc.) o en cualquier otro momento. No es necesario agotar primero la parte del beneficio de materiales del miembro para recibir este descuento.
- Ofrecemos beneficios adicionales para niños menores de 13 años. Consulte los detalles completos a continuación.
- Ofrecemos beneficios adicionales para miembros con afecciones específicas (p. ej., diabetes, hipertensión); consulte los detalles completos a continuación.

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Diagnóstico	Opción de cobertura alta	Opción de cobertura estándar
<p>Examen oftalmológico: cobertura completa una vez por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye la dilatación, si está indicada por un profesional. • Incluye la refracción, solo si el examen oftalmológico se factura como chequeo. <p>Los médicos de BCBS FEP Vision ofrecen un examen integral que se centra en la salud de los ojos y su bienestar general.</p>	<p>Dentro de la red: Ninguno</p> <p>Fuera de la red: Gastos que superen la asignación de la lista de cargos de \$30</p>	<p>Dentro de la red: Ninguno</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>
<p>Estudios de diagnóstico por imagen de retina</p>	<p>Dentro de la red: copago de \$39</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>	<p>Dentro de la red: copago de \$39</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>
Anteojos	Opción de cobertura alta	Opción de cobertura estándar
<p>Lentes: un par por año calendario.</p> <p>Los lentes incluyen la elección de lentes de vidrio o plástico, todos los aumentos de lentes (monofocal, bifocal, trifocal, lenticular), lentes de color a la moda y degradados, revestimiento con protección ultravioleta, lentes de sol recetados de gran tamaño y gris espejo n.º 3.</p> <p>Nota: Todos los lentes incluyen un revestimiento de protección contra rayones sin copago adicional. Puede haber un cargo adicional en Costco, LensCrafters, Target Optical, Pearle Vision, Sam's Club, Walmart y Warby Parker.</p> <p>Nota: Puede elegir anteojos o lentes de contacto recetados.</p>	<p>Dentro de la red: Ninguno</p> <p>Fuera de la red: Gastos que superen la asignación de la lista de cargos de:</p> <p>\$25 en monofocales</p> <p>\$35 en bifocales</p> <p>\$45 en trifocales</p> <p>\$45 en lenticulares</p>	<p>Dentro de la red: copago de \$10</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>

Anteojos (continúa en la página siguiente)

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Opción de cobertura alta	Opción de cobertura estándar
Anteojos (cont.)		
Lentes y tratamientos opcionales	Dentro de la red solamente	Dentro de la red solamente
Revestimiento con protección ultravioleta	Sin copago	Sin copago
Lentes de policarbonato	Sin copago	Sin copago
Lentes de color	Sin copago	Sin copago
Lentes bifocales invisibles	\$20	\$20
Lentes de visión intermedia	\$30	\$30
Resistentes a los rayos Premium	\$30	\$30
Lentes progresivos - Standard/Premium/Ultra/Ultimate	\$0/\$40/\$90/\$125	\$50/\$90/\$140/\$175
Lentes de vidrio fotocromáticos	\$20	\$20
Lentes plásticos fotosensibles (Transitions®)	Sin copago	\$65
Lentes polarizados	\$75	\$75
Revestimientos antirreflectantes (AR) - Standard/Premium/Ultra/Ultimate	\$20/\$33/\$45/\$70	\$35/\$48/\$60/\$85
Lentes de alto índice (1.67/1.74)	\$55/\$120	\$55/\$120
Lentes Trivex	\$50	\$50
Lentes monofocales digitales y para computadora	\$30	\$30
Lentes con filtro de luz azul	\$15	\$15
Marco: Cubierto una vez por año calendario.	Dentro de la red:	Dentro de la red:
<p>*Nota: Hay descuentos adicionales en los proveedores participantes, excepto Costco, LensCrafters, Target Optical, Pearle Vision, Sam's Club, Walmart y Warby Parker.</p> <p>Nota: Los marcos de "colección" con valores minoristas de hasta \$195 están disponibles sin costo alguno en la mayoría de los proveedores independientes participantes. Los proveedores de cadenas minoristas generalmente no exhiben la "Colección", pero deben mantener una selección similar de marcos que están cubiertos en su totalidad.</p>	<p>Marco de colección: Ninguno</p> <p>Nada por marcos de hasta \$200 de asignación para marcos. Además, se aplica un descuento del 20% a todo monto superior a \$200*</p> <p>Fuera de la red: Gastos que superen la asignación de la lista de cargos de \$30</p>	<p>Marco de colección: Ninguno</p> <p>Nada por marcos de hasta \$140 de asignación para marcos. Además, se aplica un descuento del 20% a todo monto superior a \$140*</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>
Lentes de contacto	Opción de cobertura alta	Opción de cobertura estándar
Lentes de contacto: cubiertos una vez por año calendario, en lugar de anteojos.	Dentro de la red:	Dentro de la red:
<p>*Nota: Hay descuentos adicionales en los proveedores participantes, excepto Costco, LensCrafters, Target Optical, Pearle Vision, Sam's Club, Walmart y Warby Parker.</p>	<p>Gastos que superen una asignación de \$150. Además, se aplica un descuento del 15% a todo monto superior a \$150.*</p> <p>La evaluación, el ajuste y la atención de seguimiento están cubiertos en su totalidad para lentes de contacto que no son de especialidad. En el caso de lentes especiales (incluidos, entre otros, lentes tóricos, multifocales y permeables al gas), usted recibe \$60 para la evaluación y la adaptación de los lentes de contacto, más un descuento del 15% sobre el saldo superior a \$60*.</p>	<p>Gastos que superen una asignación de \$130. Además, se aplica un descuento del 15% a todo monto superior a \$130.*</p> <p>El saldo restante de una asignación de \$130 después de comprar lentes de contacto puede aplicarse al costo de la evaluación, los materiales, la adaptación y la atención de seguimiento.</p>

Lentes de contacto (cont.)	Opción de cobertura alta	Opción de cobertura estándar
<p>**Nota: Se requiere autorización previa.</p>	<p>Los proveedores participantes le facturarán cualquier monto superior a los \$60 menos el descuento para que no tenga que presentar un reclamo.</p> <p>Gastos que superen los \$600 por lentes de contacto médicamente necesarios.**</p> <p>Fuera de la red: Gastos que superen la asignación de la lista de cargos de:</p> <p>\$75 en lentes de contacto optativos</p> <p>\$225 en lentes de contacto médicamente necesarios</p>	<p>Los proveedores participantes generalmente cobran por separado la evaluación, el ajuste o la atención de seguimiento relacionada con los lentes de contacto. Cuando esto ocurre y el valor de los lentes de contacto recibidos es menor que la asignación, puede presentar un reclamo por el saldo restante (el reembolso combinado no superará los \$130).</p> <p>Gastos que superen los \$600 por lentes de contacto médicamente necesarios.**</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>

Asignación por hijo

La asignación se aplica a niños menores de 13 años.

Solo dentro de la red: Opción de cobertura alta y Opción de cobertura estándar.

Un examen oftalmológico adicional cubierto en su totalidad por año calendario

Si la receta cambia, se cubre un par adicional de lentes en su totalidad para los miembros de la Opción de cobertura alta, con un copago de \$10 para los miembros de la Opción de cobertura estándar y un par adicional de marcos: marcos de colección cubiertos en su totalidad, marcos que no sean de colección sujetos a asignación, más un descuento del 20 % en todo monto que supere la asignación. La receta debe haber cambiado, al menos, 0.5 dioptrías o la altura del segmento debe haber cambiado, al menos, 5.0 milímetros, o el tipo de lente debe haber cambiado, p. ej., de monofocal a bifocal. **Se requiere autorización previa.**

Beneficio por afección médica

Este beneficio proporciona cobertura adicional a los miembros a quienes se les han diagnosticado las siguientes afecciones: diabetes, hipertensión, nefropatía, demencia, embarazo, HNCRT

Solo dentro de la red: Opción de cobertura alta y Opción de cobertura estándar.

Un examen oftalmológico adicional cubierto en su totalidad por año calendario

Si la receta cambia, se cubre un par adicional de lentes en su totalidad para los miembros de la Opción de cobertura alta, con un copago de \$10 para los miembros de la Opción de cobertura estándar. La receta debe haber cambiado, al menos, 0.5 dioptrías o la altura del segmento debe haber cambiado, al menos, 5.0 milímetros, o el tipo de lente debe haber cambiado, p. ej., de monofocal a bifocal. **Se requiere autorización previa.**

Visión deficiente

Visión deficiente: La visión deficiente es una pérdida significativa de la visión, pero no ceguera total. Los oftalmólogos y optometristas que se especializan en el cuidado de la visión deficiente pueden evaluar y recetar dispositivos ópticos, y proporcionar capacitación e instrucciones para maximizar la visión utilizable restante para nuestros miembros con visión deficiente. Después de la autorización previa por parte de BCBS FEP Vision, los servicios cubiertos de visión deficiente (tanto dentro como fuera de la red) incluirán una evaluación integral de la visión deficiente cada 5 años, con un cargo máximo de \$300; una asignación máxima de ayuda para la visión deficiente de \$600 con un máximo de por vida de \$1,200 para artículos como anteojos con mucho aumento, lupas y telescopios; y atención de seguimiento (cuatro visitas en un período de cinco años) con un cargo de \$100 por cada visita. Los proveedores participantes obtendrán la **autorización previa** necesaria para estos servicios.

Beneficios adicionales

Lentes de contacto médicamente necesarios: Se puede determinar que los lentes de contacto son médicamente necesarios y adecuados para el tratamiento de pacientes que padecen ciertas afecciones. En general, los lentes de contacto pueden ser médicamente necesarios y adecuados en lugar de anteojos, si permiten mejorar significativamente la visión y/o la función binocular, incluida la diplopía o la supresión.

Se puede determinar que los lentes de contacto son médicamente necesarios en el tratamiento de las siguientes condiciones:

Diagnóstico: Queratocono

Características calificantes de nuestro formulario de criterios clínicos: Trastornos de la córnea

Diagnóstico: Alta ametropía

Características calificantes de nuestro formulario de criterios clínicos: Miopía, hipermetropía: el uso de lentes de contacto, en lugar de anteojos, mejora la agudeza visual a distancia de 2 líneas o más, a menos que haya circunstancias clínicas atenuantes documentadas en la historia clínica.

Diagnóstico: Anisometropía

Características calificantes de nuestro formulario de criterios clínicos: Las afecciones relacionadas con la aniseiconia se presentarían documentando la anisometropía

Diagnóstico: Afaquia

Características calificantes de nuestro formulario de criterios clínicos: Receta de anteojos/lentes de contacto superior a +4.00

Diagnóstico: Aniridia

Características calificantes de nuestro formulario de criterios clínicos: Desarrollo insuficiente o ausencia del iris.

Diagnóstico: Sequedad ocular de moderada a grave

Características calificantes de nuestro formulario de criterios clínicos: Tratamiento de la sequedad ocular sintomática cuando los pacientes no han respondido a un ensayo integral de terapias tópicas y sistémicas y/u oclusión del lagrimal.

Diagnóstico: Astigmatismo irregular

Características calificantes de nuestro formulario de criterios clínicos: 2.00 dioptrías de astigmatismo en cualquier ojo, con meridianos principales separados por menos de 90 grados

Los lentes de contacto médicamente necesarios se entregan en lugar de los anteojos una vez por año calendario. Los proveedores participantes obtendrán la autorización previa necesaria para estos servicios.

Garantía: Los marcos de “Colección” de BCBS FEP Vision y todos los lentes para anteojos fabricados en laboratorios de BCBS FEP Vision tienen garantía de un año a partir de la fecha original de entrega. Pueden aplicarse limitaciones de garantía a los marcos o lentes para anteojos suministrados por un proveedor o un local minorista. Consulte a su proveedor para obtener detalles de la garantía que tiene disponible.

Descuentos y características

Descuentos y características (continúa en la página siguiente)

Descuentos y características (continuación)

Descuentos de Blue365®

Como miembro de BCBS FEP Vision, tiene acceso a descuentos exclusivos en salud y bienestar a través del programa Blue365®. BCBS FEP Vision ofrece este programa sin costo alguno para ayudarlo a mejorar su salud. Puede acceder a Blue365 en www.blue365deals.com/fep, que proporciona acceso a algunos de los mejores descuentos de la industria, que incluyen:

- Membresía de gimnasio de bajo costo: descuentos en la membresía de gimnasio mensual a través de proveedores como Fitness Your Way y Gympass.
- Dispositivos portátiles: descuentos en dispositivos portátiles de proveedores como Fitbit, Garmin y más.
- Calzado e indumentaria deportivos: descuentos en Reebok y Skechers.
- Productos dentales: descuentos en artículos como cepillos de dientes eléctricos y productos para el blanqueamiento dental.
- Programa de medicamentos con descuento: ahorre en medicamentos no cubiertos por los programas regulares de medicamentos recetados.
- Audífonos: descuentos en audífonos, además de baterías gratuitas de varias compañías de audífonos, incluidas, entre otras, Beltone y TruHearing.
- Alimentación saludable y dieta: descuentos en Jenny Craig, Nutrisystem y servicio de entrega de alimentos de Sun Basket.
- Y otros descuentos en viajes familiares, cuidado personal, salud financiera, seguro para mascotas ¡y mucho más!

Cómo registrarse

1. Visite www.Blue365Deals.com/fep y haga clic en “Register” (Registrarse).
2. Ingrese su información personal (nombre, apellido, correo electrónico, etc.).
3. Para el prefijo de identificación de miembro, use “298”.
4. Lea y acepte los términos y haga clic en “Register” para comenzar a ahorrar. Visite www.blue365deals.com/fep para registrarse y comenzar a ahorrar hoy mismo.

Corrección de la visión con láser: Los miembros de BCBS FEP Vision pueden obtener descuentos sustanciales en los procedimientos de corrección con láser utilizando la red QualSight. QualSight cuenta con más de 1,000 ubicaciones en 46 estados que brindan acceso a cirujanos acreditados y experimentados que realizan cirugías LASIK. Todas las ubicaciones de QualSight ofrecen precios bajo contrato a los miembros de BCBS FEP Vision, lo que representa un ahorro del 40 % al 50 % sobre el precio promedio nacional de la cirugía LASIK tradicional con ahorros significativos en procedimientos como la cirugía LASIK sin cuchilla (todo láser) personalizada.

Los miembros de BCBS FEP Vision DEBEN llamar directamente al 855-502-2021, donde un administrador de atención médica de QualSight les explicará el programa, responderá preguntas y realizará una evaluación telefónica para asegurarse de que el miembro sea un posible candidato para esta cirugía. También les proporcionará una lista de las ubicaciones participantes de QualSight y programará una cita. Los descuentos solo se aplicarán mediante este proceso.

Your Hearing Network: Los miembros de BCBS FEP Vision tienen acceso a un programa de atención médica de la audición a través de Your Hearing Network (YHN). A través de YHN, los miembros tienen acceso a una red de audiólogos/otorrinolaringólogos certificados y acreditados para que ahorren hasta un 40 % con respecto a los precios de venta promedio nacionales de audífonos de marca con la última tecnología avanzada, incluidas las funciones inalámbricas Bluetooth®, y modelos recargables con conectividad manos libres para teléfonos inteligentes.

Para obtener más información sobre descuentos en audífonos o para programar su cita hoy mismo, llame al 1 (888) 809-0044 o visite davis.vision.yourhearing.com.

Descuento: Todos los proveedores independientes de BCBS FEP Vision deben ofrecer un 20 % de descuento a todos los miembros que compren marcos, anteojos o lentes de contacto de uso diario adicionales, y un 10 % de descuento al comprar lentes de contacto desechables adicionales. Este descuento puede ser en conjunto con su beneficio (par 2, 3, etc.) o en cualquier otro momento. No es necesario agotar primero la parte del beneficio de materiales del miembro para recibir este descuento.

NOTA: Los locales minoristas no están obligados a ofrecer este descuento.

Descuentos y características (continúa en la página siguiente)

Descuentos y características (continuación)

Característica especial: Simulador de pérdida de la vista

Descripción: Experimente problemas de visión con el Vision Simulator: Vea a través de los ojos de una persona con glaucoma, cataratas, retinopatía diabética, presbicia, sensibilidad al resplandor y degeneración macular: experimente el impacto que estas enfermedades comunes tienen en la vista. ¿Cómo se verían afectadas sus actividades cotidianas? ¿Qué momentos se perdería? ¿Qué rostros extrañaría? Pruebe nuestro simulador de pérdida de visión en <https://bcbsfepvision.com/visionsimulator>.

Característica especial: Prueba virtual de marcos

Descripción: Nuestra herramienta de prueba de marcos le permite probar los marcos de nuestra colección exclusiva desde la comodidad de su teléfono, tableta o computadora. Use su cámara web para ver cómo le quedan los marcos o puede seleccionar un modelo. Compruebe nuestra prueba virtual de marcos en <https://bcbsfepvision.com/frametryon>.

Característica especial: Buscador de planes BCBS FEP Vision AskBlue

Descripción: ¿Necesita ayuda para elegir entre la Opción de cobertura alta y la Opción de cobertura estándar? AskBlue lo hace fácil. En solo 10 minutos, puede responder algunas preguntas simples y obtener recomendaciones de un plan según sus necesidades. Pruebe AskBlue visitando askblue.bcbsfepvision.com

Característica especial: Portal para miembros

Descripción: Visite nuestro portal para miembros en www.bcbsfepvision.com/portal para ver sus beneficios, encontrar un proveedor de la red, verificar el estado de sus reclamos, solicitar formularios de reclamo, solicitar una tarjeta de identificación duplicada o de reemplazo. Las características adicionales incluyen:

- EOB en línea: puede ver, descargar e imprimir sus formularios de Explicación de beneficios (explanation of benefits, EOB). Simplemente inicie sesión en www.bcbsfepvision.com/portal e ingrese sus credenciales; desde allí, puede buscar reclamos y seleccionar el enlace “EOB” que se encuentra junto a cada reclamo para acceder a su EOB. También puede acceder a las EOB a través de la aplicación móvil bcbsfepvision.
- Verifique la elegibilidad: puede verificar todos los miembros elegibles en su cuenta.
- Presente un reclamo fuera de la red: si elige ver a un proveedor fuera de la red, puede presentar su reclamo en línea en el portal para miembros o a través de la aplicación móvil bcbsfepvision.
- Compre en locales minoristas en línea: puede acceder a nuestro sitio web de socios minoristas en línea haciendo clic en el nombre del local minorista.

Característica especial: Aplicación móvil de BCBS FEP Vision

Descripción: La aplicación móvil de Blue Cross y Blue Shield FEP Vision se encuentra disponible para descargar en teléfonos móviles iOS y Android. La aplicación les brinda a los miembros acceso a funciones, herramientas e información útiles en relación con los beneficios de Blue Cross y Blue Shield FEP Vision durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los miembros pueden iniciar sesión con su nombre de usuario y contraseña de servicios oftalmológicos para acceder a información personal de atención oftalmológica, como beneficios, costos de desembolso directo e información de bienestar. También pueden consultar los reclamos y el estado de aprobación, ver/compartir las Explicación de beneficios (EOB), ver/compartir las tarjetas de identificación de los miembros, encontrar proveedores de la red y acceder a locales minoristas en línea.

Característica especial: Redes sociales

Descripción: Síguenos en @bcbsfepvision en Facebook y Twitter para obtener la información más reciente sobre BCBS FEP Vision.

Característica especial: Puesto virtual

Descripción: Estamos encantados de ofrecer una experiencia virtual única e inigualable. No se pierda esta experiencia atractiva, entretenida y educativa para investigar más acerca de nuestros planes de atención oftalmológica. Visite el puesto virtual desde su computadora o dispositivo móvil en bcbsfepvision.com.

Sección 6 Servicios y suministros internacionales

Si viaja o vive fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico, tiene derecho a recibir los beneficios descritos en este folleto. A menos que se indique lo contrario en esta sección, se aplican las mismas definiciones, limitaciones y exclusiones.

Tenga en cuenta que la autorización previa no se aplica cuando recibe atención fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico. Cuando reciba estos servicios fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico, usted o su proveedor deben presentar una explicación de la necesidad médica de los servicios enumerados en la Sección 3, Cómo obtener atención.

Pago de reclamos internacionales Para la atención profesional que reciba en el extranjero, proporcionamos los beneficios que se indican a continuación. Usted es responsable del pago de cualquier diferencia entre nuestro pago y el monto facturado, además de cualquier importe de copago. También debe pagar cualquier cargo por servicios no cubiertos.

Cómo encontrar un proveedor internacional No tenemos una red de proveedores fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico. Puede visitar a cualquier proveedor internacional de su elección y se le reembolsará hasta el monto indicado en la sección “Asignaciones autorizadas por el plan en el exterior” que se encuentra a continuación.

Presentación de reclamos internacionales La mayoría de los proveedores internacionales no tienen obligación alguna de presentar reclamos en nombre de nuestros miembros. **Es posible que deba pagar los servicios al momento de recibirlos y, luego, presentarnos un reclamo para recibir el reembolso.** Los formularios de reclamo están disponibles en www.bcbsfepvision.com. Para presentar un reclamo por servicios de atención oftalmológica cubiertos recibidos fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico, complete los formularios de reclamo y envíelos junto con las facturas detalladas a:

Blue Cross Blue Shield FEP Vision
P.O. Box 2010
Latham, Nueva York 12110-2010

O bien, puede enviar su reclamo por fax al 518-220-6555. Comuníquese con nosotros a través de fepmemberhelp@davisvision.com para informarnos que desea presentar su reclamo por correo electrónico. Responderemos con instrucciones sobre cómo presentar su reclamo de manera segura.

Sitio web y números de teléfono del Servicio de atención al cliente Comuníquese con nosotros a través de: www.bcbsfepvision.com o al 1-518-220-6569, TTY: 1-800-523-2847.

Asignaciones autorizadas por el plan en el exterior Es posible que deba pagarle al proveedor en su totalidad en el momento en que reciba el servicio y se lo reembolsará hasta los montos máximos que se indican a continuación:

Servicios/Material: Examen oftalmológico

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$60

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$60

Servicios/Material: Lentes monofocales

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$72

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$72

Servicios/Material: Lentes bifocales

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$109

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$109

Servicios/Material: Lentes trifocales

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$136

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$136

Servicios/Material: Lentes lenticulares

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$136

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$136

Servicios/Material: Lentes de contacto

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$150

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$130

Servicios/Material: Lentes de contacto médicamente necesarios

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$600

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$600

Servicios/Material: Marcos

Opción de cobertura alta que pagamos: Hasta \$200

Opción de cobertura estándar que pagamos: Hasta \$140

Sección 7 Exclusiones generales: cosas que no cubrimos

Las exclusiones que figuran en esta sección se aplican a todos los beneficios.

No cubrimos lo siguiente:

- servicios prestados por proveedores no participantes a miembros de la Opción de cobertura estándar;
- ningún cargo que exceda los límites de beneficios, dólares o suministros que se establecen en este folleto;
- ningún servicio, tratamiento o material oftalmológico que no se mencione específicamente como un servicio cubierto;
- ningún examen que se realice durante una internación en un hospital o en otro centro de atención médica;
- fármacos ni medicamentos;
- servicios y materiales que sean experimentales o de investigación;
- servicios o materiales que se presten antes de su fecha de vigencia;
- servicios y materiales que se utilicen después de la fecha de finalización de su cobertura, a menos que se indique lo contrario;
- servicios y materiales que no cumplen con los estándares aceptados de la práctica optométrica;
- servicios y materiales que resulten de su incumplimiento del tratamiento recetado por un profesional;
- los beneficios no se pueden combinar con ningún otro descuento u oferta promocional a menos que se indique lo contrario en una oferta;
- consultas telefónicas;
- ningún cargo por incumplimiento de la asistencia a una cita programada;
- ningún servicio que sea de naturaleza estrictamente cosmética, lo que incluye, entre otros, los cargos por personalización o caracterización de aparatos protésicos;
- servicios o materiales proporcionados como resultado de una lesión o enfermedad autoinfligida intencionalmente;
- servicios o materiales brindados como resultado de lesiones sufridas al cometer o intentar cometer un delito grave, participar en una actividad ilegal o participar en un disturbio, una rebelión o una insurrección;
- cargos por control de infecciones en el consultorio;
- cargos por copias de sus registros o historias clínicas ni ningún costo asociado con el reenvío/envío de copias de sus registros o historias clínicas;
- impuestos estatales o territoriales sobre los servicios y materiales oftalmológicos;
- tratamiento médico de lesiones o enfermedades oculares;
- procedimientos oftalmológicos especiales, como ortóptica, terapia o entrenamiento oftalmológicos;
- diseños o recubrimientos especiales de lentes que no sean los descritos en este folleto;
- suministros especiales como anteojos de sol sin receta y dispositivos para visión subnormal;
- reemplazo de anteojos perdidos/robados;
- lentes sin receta (de descanso);
- dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
- servicios no prestados por personal autorizado;
- servicios y dispositivos protésicos;
- seguro de lentes de contacto;
- los servicios profesionales que reciba de familiares inmediatos o miembros de su hogar, tales como su cónyuge, padre/madre, hijo/a, hermano/a, sean familiares consanguíneos, políticos o por adopción;
- los copagos y coseguros de servicios médicos u otro seguro no son reembolsables.

Sección 8 Proceso de presentación de reclamos y reclamos en disputa

Cómo presentar un reclamo por servicios cubiertos Si su proveedor de atención oftalmológica está en la red participante, él o ella presentará el reclamo en su nombre, y el pago se le enviará directamente al proveedor de atención oftalmológica.

Si vive en un área de acceso limitado, en el extranjero, o si recibe servicios de un proveedor no participante (solo en la Opción de cobertura alta), usted deberá presentar el reclamo.

Puede enviar su reclamo por servicios prestados fuera de la red de forma electrónica a través de la aplicación móvil, el portal de inicio de sesión para miembros de nuestro sitio web o puede obtener formularios de reclamo en el sitio web www.bcbsfepvision.com o llamando al 1-888-550-2583 o TTY: 1-800-523-2847.

También puede enviar un formulario de reclamo para servicios prestados fuera de la red junto con copias de las facturas del proveedor por correo a:

Blue Cross Blue Shield FEP Vision
P.O. Box 2010
Latham, Nueva York 12110-2010

Plazo para presentar su reclamo

Los reclamos internacionales, aquellos incurridos en áreas de acceso limitado y reclamos fuera de la red* deben presentarse a BCBS FEP Vision dentro de los 12 meses de la fecha de servicio para su reembolso.

* Opción de cobertura alta únicamente

Proceso para reclamos en disputa

Siga este proceso de reclamos en disputa si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su reclamo o solicitud de servicios. **La ley del FEDVIP no proporciona una función para que la OPM revise los reclamos en disputa.**

Pasos para un reclamo en disputa:

1. Pídanos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Debe hacer lo siguiente:

- a) Escríbanos en el término de 6 meses desde la fecha de nuestra decisión.
- b) Envíenos su solicitud a la dirección que se indica a continuación.
- c) Incluya una declaración de por qué considera que nuestra decisión inicial fue errónea, de acuerdo con las disposiciones específicas sobre los beneficios que figuren en este folleto.
- d) Adjunte copias de los documentos que respaldan su reclamo, como cartas de médicos y formularios de explicación de beneficios (EOB).

Blue Cross Blue Shield FEP Vision
P.O. Box 2010
Latham, Nueva York 12110-2010
FAX: 1-800-403-1783
Correo electrónico: fepmemberhelp@davisvision.com

2. Tenemos 30 días a partir de la fecha en que recibimos su solicitud para:

- a) pagar el reclamo;
- b) escribirle y reafirmar nuestra negativa; o
- c) solicitarle más información a usted o a su proveedor.

Usted o su proveedor deberán enviar la información para que la recibamos en el término de 60 días desde nuestra solicitud. A partir de ese momento, tomaremos una decisión en un plazo de 30 días más. Si no recibimos la información en el término de 60 días, tomaremos una decisión en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que debíamos recibir la información. Basaremos nuestra decisión en la información que ya tengamos. Le escribiremos para informarle nuestra decisión.

3. Si la disputa no se resuelve a través del proceso de reconsideración, puede solicitar una revisión de la denegación. Tomaremos una decisión en un plazo de 35 días a partir de la fecha en que recibamos su solicitud por escrito.

4. Si no está de acuerdo con nuestra decisión final, puede solicitarle a un tercero independiente, mutuamente acordado entre nosotros y la OPM, que revise la decisión. La decisión del tercero independiente es vinculante para nosotros y constituye la última revisión administrativa de su reclamo. Esta decisión no está sujeta a revisión judicial.

Sección 9 Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto

Pensionados	Jubilados federales (que se jubilaron con una anualidad inmediata) y sobrevivientes (de aquellos que se jubilaron con una anualidad inmediata o fallecieron en servicio) que reciben una anualidad. Esto también incluye a aquellos que reciben compensación de la Oficina de Programas de Indemnización de Trabajadores del Departamento de Trabajo, a quienes se los denomina indemnizados. Los pensionados a veces se denominan jubilados.
BENEFEDS	El sistema de inscripción y administración de primas de FEDVIP.
Beneficios	Servicios cubiertos o pago de servicios cubiertos a los que los miembros y los familiares cubiertos tienen derecho en la medida que se establece en este folleto.
Miembro	El empleado federal, pensionado o persona elegible para TRICARE inscrita en este plan.
FEDVIP	Federal Employees Dental and Vision Insurance Program.
Asignación autorizada por el plan	El pago de beneficio máximo por los servicios recibidos. Consulte la Sección 4, Su costo por los servicios cubiertos, para conocer el pago máximo de beneficios por los servicios recibidos en áreas de acceso limitado o fuera de la red, y la Sección 6, Servicios y suministros internacionales, para obtener información sobre los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico.
Autorización previa	Este es el procedimiento utilizado por el plan para aprobar previamente los servicios y el monto que cubrirá el plan.
Patrocinador	Por lo general, un patrocinador se refiere a la persona que es elegible para recibir beneficios médicos o dentales en virtud del capítulo 55 del Título 10 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) en función de su afiliación directa con los servicios uniformados (incluidos los miembros militares de la Guardia Nacional y las Reservas).
Familiar certificador de TEI	En circunstancias en las que un patrocinador no sea un miembro, un familiar de una TEI puede aceptar la responsabilidad de autocertificarse como afiliado e inscribir a familiares TEI.
Familiar de una persona elegible para TRICARE (TRICARE-eligible individual, TEI)	Los familiares de una TEI incluyen el cónyuge de un patrocinador, la viuda no casada, el viudo no casado, el hijo no casado y ciertas personas no casadas puestas en custodia legal de un patrocinador por un tribunal. Los hijos incluyen hijos adoptados legalmente, hijastros e hijos preadoptivos. Los hijos y las personas dependientes solteras deben ser menores de 21 años si no son estudiantes, menores de 23 años si son estudiantes de tiempo completo o incapaces de mantenerse a sí mismos debido a una incapacidad mental o física.
Nosotros	Blue Cross Blue Shield FEP Vision.
Usted	Miembro o familiar elegible.

¡Detenga el fraude de atención médica!

El fraude aumenta el costo de la atención médica para todos y aumenta su prima del Federal Employees Dental and Vision Insurance Program.

Protéjase del fraude: a continuación, le brindamos información sobre lo que puede hacer para evitar el fraude:

- No proporcione el número de identificación (ID) de su plan por teléfono ni a personas que no conozca, excepto a sus proveedores, a su plan, a BENEFEDS o a OPM.
- Solo permita que proveedores adecuados revisen su historia clínica o recomienden servicios.
- Evite usar proveedores que afirmen que, si bien un artículo o servicio no suele estar cubierto, saben cómo facturarnos lo para que este se pague.
- Revise detenidamente sus declaraciones de explicación de beneficios (EOB), que están disponibles en línea en www.bcbsfepvision.com.
- No le pida a su proveedor que ingrese datos falsos en los certificados, las facturas o los registros a fin de que nosotros paguemos un artículo o servicio.
- Si sospecha que un proveedor le ha cobrado por servicios que no recibió, le ha facturado dos veces el mismo servicio o ha tergiversado alguna información, haga lo siguiente:
 - Llame al proveedor y pídale una explicación. Posiblemente se trate de un error.
 - Si el proveedor no resuelve el problema, llámanos al 1-888-550-BLUE (2583) o TTY: 1-800-523-2847 y explíquenos la situación.
- **Civiles federales:** no tenga como familiar en su póliza a las siguientes personas:
 - a su exónyuge después de una sentencia de divorcio o de una anulación de carácter definitivo (incluso si una orden judicial estipula lo contrario);
 - a su hijo mayor de 22 años (a menos que sea discapacitado e incapaz de ganar su propio sustento).
- **Personas elegibles para TRICARE:** no tenga como familiar en su póliza a las siguientes personas:
 - a su hijo mayor de 21 años si no es estudiante (a menos que sea discapacitado e incapaz de ganar su propio sustento);
 - a su hijo mayor de 23 años si es estudiante (a menos que sea discapacitado e incapaz de ganar su propio sustento).

Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad de un dependiente, comuníquese con BENEFEDS.

Asegúrese de revisar la Sección 1, Elegibilidad, de este folleto antes de enviar su inscripción u obtener beneficios.

Se prohíben el fraude o las declaraciones falsas intencionales de hechos importantes en virtud del plan. Puede ser enjuiciado por fraude o su agencia puede iniciar acciones legales en su contra si falsifica un reclamo para obtener beneficios de FEDVIP o si trata de obtener servicios para alguien que no es un familiar elegible o que ya no está inscrito en el plan o se inscribe en el plan cuando ya no es elegible.

Resumen de beneficios

- **No tenga en cuenta este cuadro solamente.** Esta página resume los gastos específicos que cubrimos; revise las secciones individuales de este folleto para obtener más detalles.
- Ofrecemos beneficios adicionales para niños menores de 13 años y miembros con afecciones específicas (p.ej., diabetes, hipertensión); consulte los detalles completos en la Sección 5.
- Si desea inscribirse o cambiar su inscripción en este plan, visite www.BENEFEDS.com o llame al 1-877-888-FEDS (1-877-888-3337), número TTY 1-877-889-5680.

Servicios cubiertos dentro de la red

Exámenes de atención oftalmológica (un examen integral que se centra en la salud de los ojos y su bienestar general)

Opción de cobertura alta que paga: Ninguno

Opción de cobertura estándar que paga: Ninguno

Página: 16

Lentes para anteojos estándar (pueden obtenerse lentes de contacto en lugar de anteojos), tratamientos opcionales para lentes

Opción de cobertura alta que paga: Ninguno. Algunos copagos adicionales

Opción de cobertura estándar que paga: \$10, algunos copagos adicionales

Página: 16

Asignación para marcos, marcos de colección:

Opción de cobertura alta que paga: Ninguno

Opción de cobertura estándar que paga: Ninguno

Página: 17

Asignación para marcos

Opción de cobertura alta que paga: Cualquier monto superior a la asignación del plan de \$200 después de un descuento del 20 %

Opción de cobertura estándar que paga: Cualquier monto superior a la asignación del plan de \$140 después de un descuento del 20 %

Página: 17

Lentes de contacto

Opción de cobertura alta que paga: Cualquier monto que supere la asignación del plan de \$150 después de un descuento del 15 % para lentes de contacto que no son de especialidad. La evaluación, el ajuste y la atención de seguimiento están cubiertas en su totalidad en proveedores de la red.

Opción de cobertura estándar que paga: Cualquier monto superior a la asignación del plan de \$130 después de un descuento del 15 %

Página: 17-18

Corrección de la visión con láser

Opción de cobertura alta que paga: El cargo del proveedor después del descuento negociado

Opción de cobertura estándar que paga: El cargo del proveedor después del descuento negociado

Página: 21

Consulte la Sección 4, Su costo por los servicios cubiertos, para conocer los beneficios fuera de la red disponibles en la Opción de cobertura alta. Consulte la Sección 5, Servicios y suministros oftalmológicos, para obtener información completa sobre los beneficios

Notas

Notas

Información sobre tarifas

Cobertura alta: quincenal			Cobertura alta: mensual		
Solicitante únicamente	Solicitante y una persona	Solicitante y su familia	Solicitante únicamente	Solicitante y una persona	Solicitante y su familia
\$5.55	\$11.09	\$16.64	\$12.03	\$24.03	\$36.05

Cobertura estándar: quincenal			Cobertura estándar: mensual		
Solicitante únicamente	Solicitante y una persona	Solicitante y su familia	Solicitante únicamente	Solicitante y una persona	Solicitante y su familia
\$3.56	\$7.11	\$10.67	\$7.71	\$15.41	\$23.12