



## Un plan de la vista de la organización de proveedores Preferidos (PPO) disponible en todo el país y en el extranjero

### IMPORTANTE

- Tarifas: Contraportada
- Cambios para 2026: Página 5
- Resumen de Beneficios: Página 29

### Opciones de inscripción para este plan:

- Opción Alta: Individual únicamente.
- Opción Alta: Individual + Uno.
- Opción Alta: Individual y Familia.
- Opción Estándar: Individual únicamente.
- Opción Estándar: Individual + Uno.
- Opción Estándar: Individual y Familia.



---

## 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 Oficina de Administración de Personal (OPM, Office of Personnel Management) que estableciera programas de beneficios complementarios de Servicios dentales y para la vista para ponerlos a disposición de los empleados federales, los pensionados y sus familiares elegibles. En respuesta a la legislación, la Oficina de Administración de Personal estableció el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales (FEDVIP, Federal Employees Dental and Vision Insurance Program).

La Oficina de Administración de Personal ha contratado a aseguradoras de servicios dentales y para la vista 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 (FY 2017 NDAA, National Defense Authorization Act for Fiscal Year 2017), Ley Pública 114-38, amplió la elegibilidad para el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales 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 la Oficina de Administración de Personal, según lo autorizado por la ley del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. La dirección de nuestra oficina administrativa es:

Blue Cross Blue Shield FEP Vision PO Box 507  
Troy, NY 12181

1-888-550-BLUE (2583)  
TTY: 1-800-523-2847  
[www.bcbsfepvision.com](http://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 2026, 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 en Individual + Uno, usted y su familiar elegible designado tienen derecho a estos beneficios. Si está inscrito en la cobertura Individual y Familia, cada familiar elegible también tiene derecho a estos beneficios.

La Oficina de Administración de Personal negocia los beneficios y las tasas con cada aseguradora anualmente. Las tarifas figuran al final de este folleto.

BCBS FEP Vision es responsable de la selección de los proveedores de la red en su área. Comuníquese con nosotros al 1-888-550-BLUE (2583) o 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](http://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 dentro de 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 Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales no forman parte del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, Federal Employees Health Benefits) / Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (PSHB, Postal Service Health Benefits).

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](http://www.bcbsfepvision.com) y haga clic en el enlace “Privacidad, Aspectos Legales y Formularios” 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-BLUE (2583) o TTY: 1-800-523-2847.

**La ley prohíbe la discriminación**

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

---

Blue Cross Blue Shield FEP Vision®.....	1
Introducción.....	1
Índice .....	3
Aspectos destacados del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales .....	5
Elección de planes y opciones .....	5
Inscribase a través de BENEFEDS .....	5
Inscripción doble.....	5
Fecha de entrada en vigencia de la cobertura.....	5
Deducción de salario antes de impuestos para empleados .....	5
Oportunidad de inscripción anual .....	5
Cobertura grupal continua después de la jubilación.....	5
Cómo hemos cambiado para 2026 .....	6
Sección 1 Elegibilidad .....	7
Empleados federales .....	7
Empleados temporales o estacionales .....	7
Pensionados federales .....	7
Pensionados sobrevivientes .....	7
Indemnizados.....	7
Persona elegible para TRICARE .....	8
Familiares .....	8
Personas no elegibles.....	8
Sección 2 Inscripción.....	9
Inscribase a través de BENEFEDS .....	9
Tipos de inscripción.....	9
Inscripción doble.....	9
Oportunidades para inscribirse o cambiar la inscripción .....	9
Cuándo termina la cobertura.....	12
Continuación de la cobertura .....	12
Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales/Planes de Salud con un deducible alto y Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.....	12
Sección 3 Cómo obtener atención.....	14
Tarjetas de identificación/Confirmación de inscripción .....	14
Proveedores del plan .....	14
Dentro de la red.....	14
Fuera de la red.....	14
Autorización previa.....	14
Primer pagador del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal.....	15
Coordinación de beneficios.....	15
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 para la vista.....	17
Diagnóstico .....	17

Anteojos .....	18
Anteojos (continuación).....	19
Lentes de contacto .....	19
Sección 6 Servicios y suministros internacionales.....	22
Pago de reclamaciones internacionales.....	22
Cómo encontrar un proveedor internacional.....	23
Presentación de reclamaciones internacionales.....	23
Sitio web y números de teléfono del Servicio de atención al cliente .....	23
Asignaciones del plan en el exterior .....	23
Sección 7 Exclusiones generales: cosas que no cubrimos .....	25
Sección 8 Proceso de presentación de reclamaciones y reclamaciones en disputa.....	26
Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos .....	26
Plazo para presentar su reclamación .....	26
Proceso para reclamaciones en disputa .....	26
Sección 9 Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto.....	28
Pensionados .....	28
BENEFEDS .....	28
Beneficios .....	28
Miembro .....	28
Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.....	28
Asignación del plan .....	28
Autorización previa.....	28
Patrocinador .....	28
Familiar que certifica al individuo elegible para TRICARE (TEI).....	28
Familiar de un individuo elegible para TRICARE (TEI).....	28
Nosotros .....	28
Usted .....	28
¡Detenga el fraude de atención médica! .....	29
Resumen de Beneficios.....	30
Información sobre las tarifas.....	33

---

## Aspectos destacados del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales

---

<b>Elección de planes y opciones</b>	Puede seleccionar entre varios planes nacionales y, en algunas áreas, planes regionales de servicios dentales de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, Preferred Provider Organization) o de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, Health Maintenance Organization) y Opciones Estándar y Alta. También puede seleccionar entre varios planes para la vista a nivel nacional. Puede inscribirse en un plan de servicios dentales o un plan para la vista, o ambos. Algunos beneficiarios de TRICARE pueden no ser elegibles para inscribirse en ambos. Visite <a href="http://www.opm.gov/dental">www.opm.gov/dental</a> o <a href="http://www.opm.gov/vision">www.opm.gov/vision</a> para obtener más información.
<b>Inscríbase a través de BENEFEDS</b>	Inscríbase en línea en <a href="http://www.BENEFEDS.gov">www.BENEFEDS.gov</a> . Consulte la Sección 2, Inscripción, para obtener más información.
<b>Inscripción doble</b>	Si usted o uno de sus familiares está inscrito o cubierto por un plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, esa persona no puede estar inscrita o cubierta como familiar por otro plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales que ofrezca el mismo tipo de cobertura; es decir, usted (o los familiares cubiertos) no puede estar cubierto por dos planes de servicios dentales del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales o dos planes para la vista del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.
<b>Fecha de entrada en vigencia de la cobertura</b>	Si se inscribe en un plan dental o de la vista durante la temporada de inscripciones abiertas de 2025, su cobertura comenzará el 1.º de enero de 2026. Las deducciones de la prima comenzarán con el primer período de pago completo que comienza el 1.º de enero de 2026 o después de esa fecha. Puede usar sus beneficios tan pronto como se confirme su inscripción.
<b>Deducción de salario antes de impuestos para empleados</b>	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 afiliados de TRICARE pagan las primas automáticamente a través de deducciones de nómina o retiros bancarios automáticos (ABW, automatic bank withdrawal) con dinero después de impuestos.
<b>Oportunidad de inscripción anual</b>	Cada año, se llevará a cabo una temporada de inscripciones abiertas, durante la cual podrá inscribirse o cambiar su inscripción en el plan dental o de la vista. Este año, la temporada de inscripciones abiertas es desde el 10 de noviembre de 2025 hasta la medianoche, hora del este, del 8 de diciembre de 2025. 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.
<b>Cobertura grupal continua después de la jubilación</b>	Su inscripción o su elegibilidad para inscribirse pueden continuar después de la jubilación. No es necesario que esté inscrito en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales 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 2026

---

### ¡Novedades para 2026!

#### Ampliación de la red de proveedores

- Ahora ofrecemos acceso a más de 200,000 proveedores de atención de la vista en todo el país, además de muchas tiendas minoristas populares en línea, incluida Warby Parker. Encuentre un proveedor cerca de usted en [www.bcbsfepvision.com/providers](http://www.bcbsfepvision.com/providers).

#### Reafirmamos nuestro compromiso con nuestros miembros

- Nuestros miembros son nuestra principal prioridad y seguimos comprometidos a proporcionar una cobertura de primera clase, como exámenes de atención de visión sin costo, marcos de diseñador sin costo en nuestra Colección Exclusiva y copagos fijos para lentes, para que siempre conozca sus costos. [www.bcbsfepvision.com/benefit-info/](http://www.bcbsfepvision.com/benefit-info/).

#### Más ofertas disponibles en nuestro programa de descuento Blue365®

- Ahora ofrecemos más de 100 ofertas de proveedores populares a través de Blue365, nuestro programa de descuentos exclusivo para miembros de Blue Cross Blue Shield. Desde membresías en gimnasios hasta kits de comidas frescas e incluso ofertas de viajes, hay algo para que todos los miembros de su familia prosperen durante todo el año. (Consulte la página 20).

---

## Sección 1 Elegibilidad

---

### **Empleados federales**

Si usted es un empleado federal o del Servicio Postal de los EE. UU., es elegible para inscribirse en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, si es elegible para el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB), el Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (PSHB) o el Mercado de Seguros Médicos (Intercambio de seguros) y su puesto no está excluido por ley o reglamentación. No se requiere la inscripción en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal ni en un Mercado de Seguros Médicos (Intercambio de seguros).

### **Empleados temporales o estacionales**

Ciertos empleados temporales, intermitentes y estacionales federales y del Servicio Postal de los EE. UU. ahora son elegibles para inscribirse en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. Para ser elegibles, se debe esperar que estos empleados trabajen 130 horas por mes calendario durante al menos 90 días. Además, ciertos bomberos contratados bajo un nombramiento temporal y el personal intermitente de respuesta ante emergencias son elegibles para inscribirse en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. La agencia empleadora debe determinar y notificar a estos empleados sobre su elegibilidad.

### **Pensionados federales**

Usted es elegible para inscribirse si:

- se jubiló con una anualidad inmediata en virtud del Sistema de Jubilación del Servicio Civil (CSRS, Civil Service Retirement System), el Sistema de Jubilación de Empleados Federales (FERS, Federal Employees Retirement System) u otro sistema de jubilación para empleados del gobierno federal;
- se jubiló por discapacidad conforme al Sistema de Jubilación del Servicio Civil, el Sistema de Jubilación de Empleados Federales u otro sistema de jubilación para empleados del gobierno federal.

Su inscripción en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales continuará en la jubilación si se jubila con una anualidad inmediata o por discapacidad en virtud del Sistema de Jubilación del Servicio Civil, el Sistema de Jubilación de Empleados Federales u otro sistema de jubilación para empleados del gobierno, independientemente del tiempo que haya tenido la cobertura del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales como empleado. No existe un requisito para 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 Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal.

Su cobertura del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales finalizará si se jubila con una edad mínima de jubilación (MRA, minimum retirement age) + 10 años de jubilación y pospone la recepción de su anualidad. Puede inscribirse en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales nuevamente cuando comience a recibir su anualidad.

### **Pensionados sobrevivientes**

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.

### **Indemnizados**

Un indemnizado es una persona que recibe una indemnización mensual de la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP, Office of Workers' Compensation Programs) del Departamento de Trabajo debido a una lesión/enfermedad en el trabajo porque el Secretario de Trabajo determina que no puede regresar a sus actividades laborales. Usted es elegible para inscribirse en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales o continuar con la inscripción en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales en estado de compensación.



## Persona elegible para TRICARE

Un individuo que es elegible para la cobertura de servicios dentales del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales en función de la elegibilidad del individuo para estar previamente cubierto por el Programa Dental para Jubilados de TRICARE o una persona elegible para la cobertura para la vista del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales en función de la inscripción del individuo en un plan de salud de TRICARE específico.

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 de servicios dentales del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. Estas personas, si están inscritas en un plan de salud de TRICARE, también son elegibles para la cobertura para la vista del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. 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 para la vista del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

## 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 del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales y las reglas del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal para la elegibilidad de los familiares **NO** son las mismas.

Para obtener más información sobre la elegibilidad de membresía de los familiares, visite el sitio web en [www.opm.gov/healthcare-insurance/dental-vision/](http://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, los familiares incluyen a su cónyuge, viuda no casada, viudo no casado, hijo no casado y ciertas personas no casadas colocadas en su custodia legal por un tribunal. Un excónyuge soltero que cumpla con los requisitos de elegibilidad para los beneficios del Departamento de Defensa de los EE. UU. para los años 20-20-20 o 20-20-15 solo puede inscribirse en un plan de la vista del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales solo para usted. 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. Las siguientes personas no son elegibles para inscribirse en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, independientemente de la elegibilidad del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal o la recepción de una anualidad o parte de una anualidad:

## Personas no elegibles

- Pensionados diferidos.
- Excónyuges de empleados o pensionados. **Nota:** Los excónyuges de personas elegibles para TRICARE pueden inscribirse en un plan para la vista del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.
- Afiliados de la Continuación temporal de la cobertura (TCC, Temporary Continuation of Coverage) del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal.
- 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 de servicios dentales y para la vista será proporcionada por TRICARE. Sus familiares seguirán siendo elegibles para inscribirse en el plan dental de TRICARE (TDP, TRICARE Dental Plan)
- Empleados temporales o estacionales que no cumplen con las 130 horas por mes calendario durante 90 días.

---

## Sección 2 Inscripción

---

### Inscríbase a través de BENEFEDS

Debe usar BENEFEDS para inscribirse o cambiar la inscripción en un plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. BENEFEDS es un sitio web de inscripción seguro ([www.BENEFEDS.gov](http://www.BENEFEDS.gov)) patrocinado por la Oficina de Administración de Personal. Si no tiene acceso a una computadora, llame al 1-877-888-FEDS (3337), TTY: 711, Internacional: 1-571-730-5942 para inscribirse o cambiar su inscripción.

Si actualmente está inscrito en un plan para la vista del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales y desea cambiarse a BCBS FEP Vision, debe cambiar la inscripción a través de BENEFEDS. Si no desea cambiar de planes u opciones, su inscripción continuará automáticamente. Tenga en cuenta que las primas de sus planes pueden cambiar para 2026.

**Nota:** No puede inscribirse ni cambiar la inscripción en un plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales 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 BENEFEDS.

### Tipos de inscripción

**Individual únicamente:** una inscripción Individual únicamente lo cubre solo a usted como empleado o inscrito en la anualidad. Puede elegir una inscripción Individual únicamente aunque tenga una familia; sin embargo, sus familiares no estarán cubiertos por el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

**Individual + Uno:** una inscripción Individual + Uno lo cubre a usted como empleado o beneficiario inscrito de la anualidad y a un familiar elegible que usted especifique. Puede elegir una inscripción Individual + Uno aunque tenga familiares elegibles adicionales, pero estos no estarán cubiertos por el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

**Individual y Familia:** una inscripción Individual y Familia lo cubre a usted como empleado o inscrito en la anualidad y a todos sus familiares elegibles. Debe enumerar a todos sus familiares elegibles cuando se inscriba.

### Inscripción doble

Si usted o uno de sus familiares está inscrito o cubierto por un plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, esa persona no puede estar inscrita o cubierta como familiar por otro plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales que ofrezca el mismo tipo de cobertura; es decir, usted (o los familiares cubiertos) no puede estar cubierto por dos planes de servicios dentales del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales o dos planes para la vista del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

### Oportunidades para inscribirse o cambiar la inscripción

#### *Temporada de inscripciones abiertas*

Si usted es un empleado elegible, pensionado o individuo elegible para TRICARE (TEI, TRICARE-eligible individual), puede inscribirse en un plan dental o de la vista durante la temporada de inscripciones abiertas del 10 de noviembre de 2025 hasta la medianoche, hora del este, del 8 de diciembre de 2025. La cobertura está vigente a partir del 1.º de enero de 2026.

Durante las próximas temporadas anuales de inscripciones abiertas, puede inscribirse en un plan o cambiar o cancelar su cobertura dental o de la vista. La fecha de entrada en vigencia de estas inscripciones y cambios de temporada de inscripciones abiertas será establecida por la Oficina de Administración de Personal. **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 beneficiario de anualidad sobreviviente si aún no está cubierto por el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales;
- un empleado que regresa al servicio después de una interrupción en el servicio de al menos 31 días; o
- 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 elegible:***

un evento de vida elegible (QLE, qualifying life event) 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 elegible: 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 elegible: 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 elegible: 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 elegible: Pérdida de otra cobertura de servicios dentales/para la vista (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 elegible: 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 elegible: Traspaso al servicio militar activo, estado no remunerado (afiliado 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 elegible: 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 elegible: Regreso al estado de pago tras una licencia sin goce de sueldo (Leave without pay, LWOP)**

De no inscrito a inscrito: Sí (si la inscripción se canceló durante la 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 elegible: 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 elegible: 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 de servicios dentales o para la vista con una prima pagada por el empleador del 50 por ciento o más.

**Oportunidades para inscribirse o cambiar la inscripción**

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 de servicios dentales o para la vista. Debe realizar el cambio a más tardar 60 días después del evento.

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 entrada en 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 o de la vista, 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.

**Excepción del Departamento de Asuntos de Veteranos para cancelación**

En general, puede cancelar su inscripción solo durante la temporada anual de inscripciones abiertas. Sin embargo, si usted es un afiliado del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales que paga primas **después de impuestos**, y usted, su familiar o un familiar de

un TEI se vuelven elegibles para los beneficios dentales o de la vista del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, Veterans Affairs), entonces **puede** cambiar su tipo de inscripción o cancelar su inscripción dentro de los 60 días de recibir la notificación de elegibilidad dental o de la vista del Departamento de Asuntos de Veteranos. Este período de 60 días puede quedar fuera de la temporada de inscripciones abiertas. La documentación de elegibilidad dental o de la vista del Departamento de Asuntos de Veteranos debe enviarse a la Oficina de Administración de Personal a través del buzón de BENEFEDS ([benefedsportal@opm.gov](mailto:benefedsportal@opm.gov)) dentro de los 60 días de la notificación para respaldar el cambio o la cancelación de la inscripción en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

Su cancelación entra en vigencia al final del día anterior a la fecha que Oficina de Administración de Personal establece como la fecha de entrada en vigencia de la temporada de inscripciones abiertas. La cobertura de un familiar elegible también finaliza en la fecha de entrada en vigencia de la cancelación.

Si usted es un afiliado del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales que paga primas **antes de impuestos**, y usted, su familiar o un familiar de un TEI se vuelven elegibles para los beneficios dentales o de la vista del Departamento de Asuntos de Veteranos, **no puede** cambiar ni cancelar su inscripción en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales hasta la próxima temporada de inscripciones abiertas.

Los afiliados del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales pueden verificar si están pagando sus primas antes o después de impuestos comunicándose con BENEFEDS al 1-877-888-FEDS (3337), TTY: 711, Internacional: 1-571-730-5942.

#### **Cuándo termina la cobertura**

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

- usted ya no cumple con la definición de empleado elegible, pensionado o individuo elegible para TRICARE;
- comienza a prestar servicio activo como reservista jubilado;
- un patrocinador o el afiliado principal abandona el servicio activo;
- usted inicia un período sin goce de sueldo o recibe un pago insuficiente para que se retengan sus primas del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales y no realiza pagos directos de primas a BENEFEDS;
- usted realiza pagos directos de primas a BENEFEDS y deja de realizar los pagos;
- es el último día del período de pago para el cual BENEFEDS recibió la prima después de la pérdida de elegibilidad;
- usted cancela la inscripción durante la temporada de inscripciones abiertas.

La cobertura para un familiar finaliza cuando:

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

#### **Continuación de la cobertura**

**Conforme al Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, no hay una extensión de la cobertura de 31 días. Las siguientes opciones TAMPOCO están disponibles en virtud de los planes del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales:**

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

#### **Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales/Planes de Salud con un deducible**

Si planea inscribirse en una Cuenta de gastos flexibles para atención médica (HCFSA, Health Care Flexible Spending Account) del Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles (FSAFEDS, Federal Flexible Spending Account Program) o una Cuenta de gastos flexibles para atención médica de gastos limitados (LEX HCFSA, Limited Expense Health Care Flexible Spending Account), o cualquier cuenta de

**alto y Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales**

gastos flexibles, debe considerar cómo la cobertura de un plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales afectará sus gastos anuales y, por lo tanto, el monto que debe asignar a una cuenta del Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles. Tenga en cuenta que las primas de seguro no son gastos elegibles para ningún tipo de FSA.

Revise la Publicación 969 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, Internal Revenue Service), Cuentas de Ahorros Médicos y Otros Planes de Salud con ventajas Impositivas ([www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969](http://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969)) para obtener información adicional sobre las transferencias y los montos de contribución para el próximo año fiscal. Si tiene una cuenta de HCFSa o LEX HCFSa del Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles y no ha agotado sus fondos antes del 31 de diciembre del año del plan, el Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles puede transferir automáticamente un monto máximo establecido de fondos no gastados a otra cuenta de atención médica o cuenta de gastos limitados para el año siguiente. Para ser elegible para la transferencia, debe ser empleado de una agencia que participe en el Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles 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 las transferencias. Su reinscripción debe alcanzar el monto de contribución mínimo para el año del plan. Si no se reinscribe, o si no es empleado de una agencia que participa en el Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles 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 Servicio de Impuestos Internos exige que usted renuncie a cualquier dinero para el cual no haya incurrido en un gasto elegible y presente una reclamación en el período permitido. Esto se conoce como la regla “se usa o se pierde”. Considere cuidadosamente la cantidad que elegirá.

Los participantes actuales del Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles deben volver a inscribirse para participar en el programa el próximo año.

Consulte [www.fsafeds.gov](http://www.fsafeds.gov) o llame al 1-877-FSAFEDS (372-3337) o TTY: 1-866-353-8058. **Nota: El Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles no está abierto a empleados jubilados ni a personas elegibles para TRICARE.**

Si se inscribe o está inscrito en un plan de salud con un deducible alto con una cuenta de ahorros médicos (HSA, health savings account) o un Convenio de reembolso de gastos médicos (HRA, Health reimbursement arrangement), puede usar su HSA o HRA para pagar los costos de servicios dentales o para la vista calificados que no estén cubiertos por sus planes del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal y el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

---

## Sección 3 Cómo obtener atención

---

### Tarjetas de identificación/Confirmación de inscripción

Se emiten dos tarjetas de identificación para los miembros nuevos, independientemente de la opción de cobertura. A los miembros existentes no se les emiten tarjetas de identificación nuevas; las tarjetas de identificación actuales siguen siendo válidas. Si necesita tarjetas adicionales o de reemplazo, puede solicitarlas a través de nuestro sitio web, [www.bcbsfepvision.com](http://www.bcbsfepvision.com), o llámenos al 1-888-550-BLUE (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 en nuestro portal para miembros en [www.bcbsfepvision.com/portal](http://www.bcbsfepvision.com/portal), 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](http://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 (administrada por Davis Vision) es específica de la atención de visión de rutina y es distinta a la red de su plan médico.**

### Dentro de la red

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 participen antes de solicitar sus servicios.

Negociamos tarifas con proveedores de atención de visión 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 BCBS FEP Vision del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. Luego, el proveedor es responsable de verificar la elegibilidad y enviar la reclamación 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 montos que superen la asignación del plan, los copagos de los lentes y los copagos de los tratamientos opcionales para los lentes.

BCBS FEP Vision también ofrece varias opciones de comercio en línea dentro de la red, como: [warbyparker.com](http://warbyparker.com), [contactsdirect.com](http://contactsdirect.com), [1800contacts](http://1800contacts.com), [glasses.com](http://glasses.com), [lenscrafters.com](http://lenscrafters.com), [targetoptical.com](http://targetoptical.com), y [visionworks.com](http://visionworks.com). Visite nuestro sitio web en [www.bcbsfepvision.com](http://www.bcbsfepvision.com) para conocer opciones adicionales.

En la Opción Estándar, debe utilizar proveedores dentro 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 Alta, usted puede obtener atención de cualquier proveedor de atención para la vista 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 la cantidad máxima 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 una reclamación junto con un recibo detallado para recibir su reembolso (consulte la Sección 8, Procesos de presentación de reclamaciones y reclamaciones en disputa, para obtener información).

En la Opción Estándar, **debe** utilizar proveedores dentro 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

Es posible que los proveedores participantes deban obtener una autorización previa para:

- Lentes de contacto médicamente necesarios para el tratamiento de ciertas afecciones oculares.
- El tratamiento de la baja visión.
- El beneficio por hijo para niños de 13 años y menores si su receta cambia.
- El beneficio por afección para miembros con ciertas afecciones (diabetes, hipertensión, enfermedad renal, demencia, embarazo, pacientes con cáncer de cabeza y cuello que reciben radioterapia [HNCRT, head and neck cancer patients with radiation therapy]) si su receta cambia.

**Primer pagador del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal**

Cuando visita a un proveedor que participa en su plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/del Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal y en su plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, y el plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal ofrece atención y servicios de visión de rutina, el plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal pagará los beneficios primero. En estos casos, la asignación del plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales será el cargo predominante. Usted es responsable de la diferencia entre los pagos de beneficios del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal y del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales y la asignación del plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. Somos responsables de facilitar el proceso con el pagador principal del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal.

**Coordinación de beneficios**

No coordinamos beneficios con planes de salud que no sean del Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal ni del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales.

**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 por nuestro plan que se indica a continuación. Usted es responsable del pago de cualquier diferencia entre la cantidad facturada y nuestro pago. Para determinar si se encuentra en un área de acceso limitado, llámenos al 1-888-550-BLUE (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 del plan.

**\*NOTA: Estándares de acceso**

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

Códigos postales rurales: al menos el 80 % de las personas elegibles para el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales de un área con acceso a la red (código postal a más de 35 millas en automóvil) deben tener acceso a un proveedor preferido de atención de visión.

**Asignación del 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 las cantidades indicadas.

**Servicios/Material: Examen de visión/examen de refracción únicamente**

Opción Alta: Pagamos hasta \$50

Opción Estándar: Pagamos hasta \$50

**Servicios/Material: Lentes monofocales**

Opción Alta: Pagamos hasta \$72

Opción Estándar: Pagamos hasta \$72



**Servicios/Material: Lentes bifocales**

Opción Alta: Pagamos hasta \$109

Opción Estándar: Pagamos hasta \$109

**Servicios/Material: Lentes trifocales**

Opción Alta: Pagamos hasta \$136

Opción Estándar: Pagamos hasta \$136

**Servicios/Material: Lentes lenticulares**

Opción Alta: Pagamos hasta \$136

Opción Estándar: Pagamos hasta \$136

**Servicios/Material: Lentes de contacto**

Opción Alta: Pagamos hasta \$150

Opción Estándar: Pagamos hasta \$140

**Servicios/Material: Lentes de contacto médicamente necesarios**

Opción Alta: Pagamos hasta \$600

Opción Estándar: Pagamos hasta \$600

**Servicios/Material: Marcos**

Opción Alta: Pagamos hasta \$200

Opción Estándar: Pagamos hasta \$140

---

## Sección 4 Su costo por los servicios cubiertos

---

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

**Copago**

Un copago es la cantidad fija de dinero que le paga al proveedor cuando recibe servicios.

**Servicios dentro de la red**

Ejemplo: Los planes BCBS FEP Vision con Opción Alta y Opción Estándar tienen un copago de \$0 para un examen de visión. Sin embargo, la Opción Estándar tiene un copago de \$10 para lentes. Este copago no se aplica a la Opción Alta. Consulte la Sección 5 para obtener más detalles. Cuando visita a un médico de la red de BCBS FEP Vision, su examen de visión está cubierto en su totalidad y los anteojos o lentes de contacto recetados están cubiertos después de cualquier copago. Si visita un proveedor independiente dentro de la red, 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 Estándar.

**Servicios fuera de la red**

Si está inscrito en la Opción 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. Consulte los detalles descritos en (Sección 3, Cómo obtener atención) para obtener información sobre las áreas de acceso limitado.

Si está inscrito en la Opción Alta, aprovechará más de su cobertura y pagará costos de desembolso directo más bajos cuando consulte a un proveedor de la red de BCBS FEP Vision. Además, no debe presentar formularios de reclamaciones cuando consulte a un proveedor 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. Solo los artículos enumerados en el siguiente cuadro son reembolsables. Usted será responsable de los cargos facturados que superen las cantidades indicadas.

**Servicios/Material: Examen de visión/examen de refracción únicamente**

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

**Sección 5 Servicios y suministros para la vista****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 (dentro de las reglamentaciones estatales) a todos los miembros que compren marcos, anteojos o lentes de contacto de uso diario adicionales, y un 15 % 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.
- Los proveedores participantes pueden ofrecer marcos de marcas de moda, como Gucci o Polo, para los cuales se aplican beneficios regulares. Los beneficios no se aplican directamente en estas tiendas de marcas de moda si no son proveedores participantes.
- Ofrecemos estudios de diagnóstico por imagen de retina con un copago de \$29 tanto para la Opción Alta como para Opción Estándar.
- 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.
- Ofrecemos una asignación adicional de \$50 para marcos en MyEyeDr. Los miembros de la Opción Alta tendrán una asignación de \$250 y los miembros de la Opción Estándar tendrán una asignación de \$190 en todas las ubicaciones de MyEyeDr.

Descripción de los beneficios	Usted paga	
	Alto	Estándar
<b>Exámenes de visión:</b> cobertura completa una vez por año calendario beneficios. • Incluye la dilatación, si está indicada por un profesional. Los médicos de BCBS FEP Vision ofrecen un examen integral que se centra en la salud de los ojos y su bienestar general.	Dentro de la red: Nada  Fuera de la red: Gastos que superen la asignación de la lista de cargos de \$30	Dentro de la red: Nada  Fuera de la red: Todos los cargos
<b>Estudios de diagnóstico por imagen de retina</b>	Dentro de la red: copago de \$29 Fuera de la red: Todos los cargos	Dentro de la red: copago de \$29 Fuera de la red: Todos los cargos

Descripción de los beneficios	Usted paga	
<b>Anteojos</b>	<b>Alto</b>	<b>Estándar</b>
<p><b>Lentes:</b> 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><b>Nota:</b> Todos los lentes incluyen un revestimiento de protección contra rayones sin copago adicional. Puede haber un cargo adicional en tiendas minoristas nacionales y en línea dentro de la red.</p> <p><b>Nota: Puede elegir anteojos o lentes de contacto recetados.</b></p>	<p>Dentro de la red: Nada</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>
<p><b>Lentes y tratamientos opcionales</b></p> <p>Revestimientos antirreflectantes (AR) – Standard/Premium/Ultra/Ultimate</p> <p>Lentes de segmento combinado</p> <p>Lentes con filtro de luz azul</p> <p>Lentes monofocales digitales y para computadora</p> <p>Pulido de bordes</p> <p>Lentes de alto índice (1.67/1.74)</p> <p>Pulido de borde de alto brillo</p> <p>Lentes de visión intermedia</p> <p>Revestimiento del espejo</p> <p>Lentes de cristal fotocromático</p> <p>Lentes plásticos fotosensibles (Transitions®)</p> <p>Lentes polarizados</p> <p>Lentes de policarbonato</p> <p>Resistentes a los rayones de prima</p> <p>Lentes progresivos – Standard/Premium/Ultra/Ultimate</p> <p>Perforadora sin borde</p> <p>Rollo y pulido</p> <p>Borde del rollo</p> <p>Planes para la protección contra rayones</p> <p>Revestimiento de protección contra rayones</p> <p>Resistentes a los rayones de prima</p> <p>Losa apagada</p> <p>Lentes Especializados (myodisc/molienda de doble cara y lenticular)</p> <p>Lentes de color</p> <p>Lentes Trivex</p> <p>Revestimiento de protección ultravioleta</p>	<p>Dentro de la red solamente</p> <p>\$20/\$33/\$45/\$70</p> <p>\$20</p> <p>\$15</p> <p>\$30</p> <p>\$22</p> <p>\$55/\$120</p> <p>\$70</p> <p>\$30</p> <p>\$86</p> <p>\$20</p> <p><b>Sin copago</b></p> <p>\$75</p> <p><b>Sin copago</b></p> <p>\$30</p> <p><b>\$0/\$40/\$90/\$125</b></p> <p>\$66</p> <p>\$16</p> <p>\$24</p> <p><b>Sin copago</b></p> <p><b>Sin copago</b></p> <p>\$30</p> <p>\$186</p> <p>\$206</p> <p><b>Sin copago</b></p> <p>\$50</p> <p><b>Sin copago</b></p>	<p>Dentro de la red solamente</p> <p>\$35/\$48/\$60/\$85</p> <p>\$20</p> <p>\$15</p> <p>\$30</p> <p>\$22</p> <p>\$55/\$120</p> <p>\$70</p> <p>\$30</p> <p>\$86</p> <p>\$20</p> <p>\$65</p> <p>\$75</p> <p><b>Sin copago</b></p> <p>\$30</p> <p>\$50/\$90/\$140/\$175</p> <p>\$66</p> <p>\$16</p> <p>\$24</p> <p><b>Sin copago</b></p> <p><b>Sin copago</b></p> <p>\$30</p> <p>\$186</p> <p>\$206</p> <p><b>Sin copago</b></p> <p>\$50</p> <p><b>Sin copago</b></p>
<p><b>Marcos:</b> cubiertos una vez por año calendario.</p> <p>Reciba una asignación adicional de \$50 para marcos en todas las ubicaciones de MyEyeDr.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Marcos de colección: <b>Nada</b></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>Dentro de la red:</p> <p>Marcos de colección: <b>Nada</b></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>

*Anteojos (continúa en la página siguiente)*

Descripción de los beneficios	Usted paga	
Anteojos (continuación)	Alto	Estándar
<p><b>*Nota:</b> Hay descuentos adicionales disponibles de proveedores independientes dentro de la red (dentro de las reglamentaciones estatales). Las tiendas minoristas nacionales y en línea dentro de la red no ofrecen el descuento.</p> <p><b>Nota:</b> Los marcos de “colección”, incluidos los marcos sostenibles RECIRCUL8, hechos de bioacetato y acero inoxidable reciclado, con valores minoristas de hasta \$195, están disponibles sin costo en la mayoría de los proveedores independientes dentro de la red. 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>Asignación de \$250 para marcos en todas las ubicaciones de MyEyeDr. No se aplica el descuento adicional del 20 %.</p> <p>Fuera de la red: Gastos que superen la asignación de la lista de cargos de \$30</p>	<p>Asignación de \$190 para marcos en todas las ubicaciones de MyEyeDr. No se aplica el descuento adicional del 20 %.</p> <p>Fuera de la red: Todos los cargos</p>
Lentes de contacto	Alto	Estándar
<p><b>Lentes de contacto:</b> cubiertos una vez por año calendario, en lugar de anteojos.</p> <p><b>*Nota:</b> Hay descuentos adicionales disponibles de proveedores independientes dentro de la red. Las tiendas minoristas nacionales y en línea dentro de la red no ofrecen el descuento.</p> <p><b>**Nota:</b> Se podría requerir autorización previa.</p>	<p>Dentro de la red: Gastos que superen una asignación de \$150. Además, se aplica un descuento del 15 % a todo monto superior a \$150.* La asignación de \$150 es solo para materiales de lentes de contacto y debe usarse todo a la vez. La evaluación, el ajuste y la atención de seguimiento están cubiertos en su totalidad para lentes de contacto No Especializados. En el caso de lentes Especializados, (incluidos, entre otros, lentes tóricos, multifocales y permeables al gas), usted recibe \$60 para la evaluación y ajuste de los lentes de contacto, más un descuento del 15 % sobre el saldo superior a \$60*. Los proveedores participantes le facturarán cualquier monto superior a los \$60 menos el descuento. Gastos que superen los \$600 por lentes de contacto médicamente necesarios.** Fuera de la red: Gastos que superen la asignación de la lista de cargos de: \$75 en lentes de contacto optativos \$225 en lentes de contacto médicamente necesarios</p>	<p>Dentro de la red: Gastos que superen una asignación de \$140. Además, se aplica un descuento del 15 % a todo monto superior a \$140.* La asignación de \$140 es solo para materiales de lentes de contacto y debe usarse todo a la vez. La evaluación, el ajuste y la atención de seguimiento están cubiertos con un copago de \$55 para lentes de contacto No Especializados, más un descuento del 15 % en el saldo. Los proveedores participantes le facturarán cualquier cantidad superior a los \$55 menos el descuento. Gastos que superen los \$600 por lentes de contacto médicamente necesarios.** Fuera de la red: Todos los cargos</p>

## 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.

## Asignación por hijo

Este beneficio se aplica a niños menores de 13 años.

**Solo dentro de la red:** Opción Alta y Opción Estándar.

Un examen de visión adicional está cubierto en su totalidad por año calendario.

Si la receta del niño cambia, se cubre un par adicional de lentes en su totalidad para los miembros de la Opción Alta; hay un copago de \$10 para los miembros de la Opción Estándar. Además, se cubre un par adicional de marcos si la receta del niño cambia, con marcos de colección cubiertos en su totalidad y marcos que no sean de colección sujetos a la asignación, más un descuento del 20 % en cualquier monto que supere la asignación en proveedores independientes.

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 podría requerir autorización previa.**

## Beneficio por afección médica

Este beneficio proporciona cobertura adicional a los miembros que han sido diagnosticados con las siguientes afecciones: diabetes, hipertensión, enfermedad renal, demencia, embarazo, HNCRT (pacientes con cáncer de cabeza y cuello que reciben radioterapia).

**Solo dentro de la red:** Opción Alta y Opción Estándar.

Un examen de visión adicional está 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 Alta; hay un copago de \$10 para los miembros de la Opción 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 podría requerir 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 la atención de 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 de baja visión cubiertos (tanto dentro como fuera de la red) incluirán una evaluación integral de baja visión cada cinco años, con un cargo máximo de \$300; una asignación máxima de ayuda de baja visión 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 dispositivos digitales, como iPads, teléfonos celulares, etc., no están cubiertos. Es posible que los proveedores participantes deban obtener una autorización previa para estos servicios.**

## Lentes de contacto médicamente necesarios

**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. Es posible que a su médico se le solicite documentación clínica para obtener la autorización previa para la cobertura de los lentes de contacto médicamente necesarios. Se puede determinar que los lentes de contacto son médicamente necesarios en el tratamiento de afecciones oculares específicas como:

Queratocono

Alta ametropía

Anisometropía

Afaquia

---

Aniridia

Sequedad ocular de moderada a grave

Astigmatismo irregular

Tener el diagnóstico de una afección ocular en particular no garantiza que los lentes de contacto se consideren médicamente necesarios según los criterios descritos en las pautas clínicas.

---

## Descuentos

### Ahorre con los descuentos de Blue365®

BCBS FEP Vision presenta Blue365, un programa que proporciona fácil acceso a productos y servicios de salud y bienestar de primer nivel para ayudar a los miembros a construir un camino hacia una vida saludable. Con Blue365, los miembros obtienen acceso a más de 100 descuentos cuidadosamente seleccionados de las marcas líderes y no hay límite en la cantidad de ofertas que un miembro puede canjear. Hay muchas ofertas disponibles y se agregan ofertas nuevas constantemente, que incluyen las siguientes:

- **Acondicionamiento físico:** obtenga el apoyo que necesita para alcanzar sus metas de acondicionamiento físico con ofertas en dispositivos portátiles, ropa, equipos para hacer ejercicio en el hogar, clases de entrenamiento virtual y acceso al gimnasio en persona.
- **Ojos y oídos saludables:** entre el reemplazo de audífonos y la corrección de la vista, el cuidado de los ojos y oídos puede volverse costoso rápidamente. Blue365 ofrece hasta un 60 % de descuento en audífonos, descuentos en cirugía LASIK y más.
- **Hogar y familia:** su hogar y familia pueden influir en el bienestar mental, físico, emocional y financiero. Blue365 ofrece descuentos en vitaminas y suplementos de primera calidad, seguro para mascotas, servicios de fertilidad, productos para madres y padres primerizos, ofertas financieras, salud familiar y más.
- **Nutrición:** Blue365 ofrece una variedad de ofertas que le ayudan a comer bien. Elija entre suscripciones a kits de comidas, platos principales preparados por chefs, planes de control de peso y más.
- **Atención personal:** un poco de atención personal puede ayudar mucho a mejorar su salud mental. Blue365 ofrece descuentos exclusivos en productos para el cuidado de la piel, productos para el cuidado bucal, kits de blanqueamiento dental, suscripciones de atención plena y mucho más.
- **Viajes:** a veces, unas vacaciones son todo lo que necesita para escapar del estrés y restablecerse. Blue365 hace que las escapadas familiares sean más asequibles al tener acceso con descuento a alojamiento, alquiler de automóviles y paquetes de vacaciones.

Cada semana, los miembros de Blue365 pueden recibir excelentes ofertas de salud y bienestar por correo electrónico. Con Blue365, no necesita completar papeleo. Simplemente visite <http://www.bcbsfepvision.com/additional-discounts> y seleccione Visit Blue365 deals (Visitar ofertas de Blue365) para obtener más información sobre los diversos proveedores y descuentos de Blue365. BCBS FEP Vision no recomienda, respalda, garantiza ni asegura ningún proveedor ni producto específico de Blue365. Los proveedores y el programa están sujetos a cambios en cualquier momento.

**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. Para obtener más detalles, visite nuestro sitio web en <https://bcbsfepvision.com/lasik/>.

**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). Para obtener más detalles, visite nuestro sitio web en <https://bcbsfepvision.com/additional-discounts/>.

---

## Herramientas y recursos

### Herramienta de estimación de costos de la vista

**Descripción:** La herramienta de estimación de costos de la vista es un recurso educativo basado en la web que permite a los usuarios calcular sus costos de desembolso directo aproximados al visitar a un proveedor de atención de la vista dentro de la red, reduciendo las sorpresas financieras y mostrando el valor dentro de la red. La herramienta también proporciona descripciones sobre temas como estudios de diagnóstico por imagen de retina, preferencias de anteojos, los beneficios de varios lentes y otros complementos, y mucho más. Pruebe nuestra herramienta de estimación de costos visitando <https://bcbsfepvision.com/costestimator>.

### Simulador de la vista

---

---

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

#### **Prueba de marco virtual**

**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. Pruebe nuestra herramienta de prueba virtual de marcos en <https://bcbsfepvision.com/frametryon>.

#### **Buscador de planes BCBS FEP Vision AskBlue**

**Descripción:** ¿Necesita ayuda para elegir entre la Opción Alta y la Opción 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 en <https://askblue.bcbsfepvision.com>.

#### **Portal para asegurados**

**Descripción:** Visite nuestro portal para miembros en [www.bcbsfepvision.com/portal](http://www.bcbsfepvision.com/portal) para ver sus beneficios, encontrar un proveedor dentro de la red, verificar el estado de sus reclamaciones, solicitar formularios de reclamación y solicitar una tarjeta de identificación duplicada o de reemplazo. Las características adicionales incluyen lo siguiente:

- EOB en línea: puede ver, descargar e imprimir sus formularios de Explicación de beneficios (EOB, Explanation of Benefits). Simplemente inicie sesión en [www.bcbsfepvision.com/portal](http://www.bcbsfepvision.com/portal) e ingrese sus credenciales; desde allí, puede buscar reclamaciones y seleccionar el enlace “EOB” que se encuentra junto a cada reclamación 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 una reclamación fuera de la red: si elige ver a un proveedor fuera de la red, puede presentar su reclamación en línea en el portal para miembros o a través de la aplicación móvil bcbsfepvision.
- Compre en locales minoristas en línea: puede acceder los sitios web de nuestros socios minoristas en línea haciendo clic en el nombre del local minorista.

#### **Aplicación móvil de BCBS FEP Vision**

**Descripción:** La aplicación móvil de BCBS FEP Vision se encuentra disponible para descargar en teléfonos móviles iOS y Android. La aplicación brinda a los miembros acceso a las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a funciones, herramientas e información útiles en relación con los beneficios de BCBS FEP Vision. Pueden iniciar sesión con su nombre de usuario y contraseña para acceder a información personal de atención de la vista, como beneficios, costos de desembolso directo e información de bienestar. También pueden consultar las reclamaciones y el estado de aprobación, ver o compartir la Explicación de beneficios (EOB), ver o compartir las tarjetas de identificación de los miembros, encontrar proveedores dentro de la red y comprar en locales minoristas en línea.

#### **Redes sociales**

**Descripción:** Síguenos en @fepblue en Facebook, Instagram, YouTube y LinkedIn para obtener la información más reciente sobre BCBS FEP Vision.

#### **Experiencia 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 de visión. Vea esta experiencia virtual en su computadora o dispositivo móvil en <https://bcbsfepvision.com/experience/>.

---

## **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 reclamaciones 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

**Cómo encontrar un proveedor internacional**

**Presentación de reclamaciones internacionales**

pago y la cantidad facturada, además de cualquier importe de copago. También debe pagar cualquier cargo por servicios no cubiertos.

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 la cantidad indicada en la sección “Asignaciones del plan en el exterior” que se encuentra a continuación.

La mayoría de los proveedores internacionales no tienen obligación alguna de presentar reclamaciones en nombre de nuestros miembros.

**Es posible que deba pagar los servicios al momento de recibirlos y, luego, presentarnos una reclamación junto con un recibo detallado para recibir el reembolso.** Si se encuentra en el extranjero y tiene una VPN de los EE. UU., puede descargar el folleto de BCBS FEP Vision 2026 en

[www.bcbsfepvision.com/brochure](http://www.bcbsfepvision.com/brochure) o visitar nuestro sitio web en [www.bcbsfepvision.com](http://www.bcbsfepvision.com) para obtener un formulario de reclamación o para presentar una reclamación en el portal para miembros. Si no tiene una VPN de los EE. UU., puede enviarnos un correo electrónico a [fepmemberhelp@davisvision.com](mailto:fepmemberhelp@davisvision.com) con cualquier pregunta sobre los beneficios u obtener un formulario de reclamación. Para presentar una reclamación por servicios de atención de visión cubiertos recibidos fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico, complete los formularios de reclamación y envíelos junto con los recibos detallados a:

Blue Cross Blue Shield FEP Vision PO Box 507  
Troy, NY 12181

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

Comuníquese con nosotros en: [www.bcbsfepvision.com](http://www.bcbsfepvision.com), por correo electrónico a [fepmemberhelp@davisvision.com](mailto:fepmemberhelp@davisvision.com) o al 1-518-220-6569, TTY: 1-800-523-2847.

**Sitio web y números de teléfono del Servicio de atención al cliente**  
**Asignaciones del 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 las cantidades máximas que se indican a continuación:

**Servicios/Material: Examen de visión/examen de refracción únicamente**

Opción Alta: Pagamos hasta \$60

Opción Estándar: Pagamos hasta \$60

**Servicios/Material: Lentes monofocales**

Opción Alta: Pagamos hasta \$72

Opción Estándar: Pagamos hasta \$72

**Servicios/Material: Lentes bifocales**

Opción Alta: Pagamos hasta \$109

Opción Estándar: Pagamos hasta \$109

**Servicios/Material: Lentes trifocales**

Opción Alta: Pagamos hasta \$136

Opción Estándar: Pagamos hasta \$136

**Servicios/Material: Lentes lenticulares**

Opción Alta: Pagamos hasta \$136

Opción Estándar: Pagamos hasta \$136

**Servicios/Material: Lentes de contacto**

Opción Alta: Pagamos hasta \$150

Opción Estándar: Pagamos hasta \$140

**Servicios/Material: Lentes de contacto médicamente necesarios**

Opción Alta: Pagamos hasta \$600

Opción Estándar: Pagamos hasta \$600



**Servicios/Material: Marcos**

Opción Alta: Pagamos hasta \$200

Opción Estándar: 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 Estándar;
- ningún cargo que exceda los límites de beneficios, dólares o suministros que se establecen en este folleto;
- ningún servicio, tratamiento o material para la vista 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 entrada en 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 de prótesis;
- 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 para la vista;
- tratamiento médico de lesiones o enfermedades oculares;
- procedimientos para la vista especiales, como ortóptica, terapia o entrenamiento para la vista;
- 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;
- dispositivos y servicios protésicos o dispositivos digitales como iPads, teléfonos celulares, etc.
- seguro de lentes de contacto;
- los servicios profesionales que reciba de familiares directos o miembros de su hogar, tales como su cónyuge, padres, hijos, hermanos, sean familiares consanguíneos, políticos o por adopción;
- los deducibles, copagos y coseguro de servicios médicos u otro seguro no son reembolsables.

## Sección 8 Proceso de presentación de reclamaciones y reclamaciones en disputa

### Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos

Si su proveedor de atención de visión es participante de nuestra red, este presentará la reclamación en su nombre, y nosotros le enviaremos el pago directamente al proveedor de atención de visión.

Si vive en un área de acceso limitado, en el extranjero, o si recibe servicios de un proveedor no participante (solo en la Opción Alta), usted deberá presentar la reclamación. Puede enviar su reclamación por servicios prestados fuera de la red de forma electrónica a través de la aplicación móvil, el portal para miembros de nuestro sitio web o puede obtener formularios de reclamación en el sitio web en

[www.bcbsfepvision.com](http://www.bcbsfepvision.com) o llamando al 1-888-550-BLUE (2583) o TTY: 1-800-523-2847.

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

Blue Cross Blue Shield FEP Vision  
PO Box 507  
Troy, NY 12181

### Plazo para presentar su reclamación

Las reclamaciones fuera de la red (Opción Alta únicamente), las reclamaciones internacionales y las reclamaciones incurridas en áreas de acceso limitado deben presentarse a BCBS FEP Vision, y este plan debe recibirlas, dentro de los 12 meses de la fecha de servicio para su reembolso.

### Proceso para reclamaciones en disputa

Siga este proceso de reclamaciones en disputa si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su reclamación o solicitud de servicios. **La ley del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales no proporciona una función para que la Oficina de Administración de Personal revise las reclamaciones en disputa.**

#### Pasos para una reclamación en disputa:

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

- Escribanos en el término de 6 meses desde la fecha de nuestra decisión.
- Envíenos su solicitud a la dirección que se indica a continuación.
- 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.
- Adjunte copias de los documentos que respaldan su reclamación, como cartas de médicos y formularios de explicación de beneficios (EOB).

Blue Cross Blue Shield FEP Vision  
PO Box 507  
Troy, NY 12181

FAX: 1-800-403-1783

Correo electrónico: [fepmemberhelp@davisvision.com](mailto:fepmemberhelp@davisvision.com)

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

- Pagar la reclamación.
- Escribirle y reafirmar nuestra negativa.
- 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 Oficina de Administración de Personal, que revise la decisión. La decisión del tercero independiente es vinculante para nosotros y constituye la última revisión administrativa de su reclamación. Esta decisión no está sujeta a revisión judicial.

---

## Sección 9 Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto

---

<b>Pensionados</b>	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.
<b>BENEFEDS</b>	El sistema de inscripción y administración de primas del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.
<b>Beneficios</b>	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.
<b>Miembro</b>	El empleado federal, pensionado o individuo elegible para TRICARE inscrito en este plan.
<b>Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales</b>	Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.
<b>Asignación del plan</b>	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.
<b>Autorización previa</b>	Este es el procedimiento utilizado por BCBS FEP Vision para aprobar previamente los servicios y el monto que cubrirá BCBS FEP Vision.
<b>Patrocinador</b>	Por lo general, un patrocinador se refiere al individuo que es elegible para recibir beneficios médicos o de servicios dentales en virtud del capítulo 55 del Título 10 del Código de los Estados Unidos (U.S.C., United States Code) en función de su afiliación directa con los servicios uniformados (incluidos los miembros militares de la Guardia Nacional y las Reservas).
<b>Familiar que certifica al individuo elegible para TRICARE (TEI)</b>	En circunstancias en las que un patrocinador no sea un afiliado, un familiar de un TEI puede aceptar la responsabilidad de autocertificarse como afiliado e inscribir a familiares de un TEI.
<b>Familiar de un individuo elegible para TRICARE (TEI)</b>	Los familiares de un 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, y menores de 23 años si son estudiantes de tiempo completo o incapaces de mantenerse a sí mismos debido a una incapacidad mental o física.
<b>Nosotros</b>	Blue Cross Blue Shield FEP Vision.
<b>Usted</b>	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 Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

**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 BCBS FEP Vision por teléfono ni a personas que no conozca, excepto a sus proveedores, a su plan, a BENEFEDS o a la Oficina de Administración de Personal.
- 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 facturárnoslo para que este se pague.
- Revise detenidamente sus declaraciones de explicación de beneficios (EOB), que están disponibles en línea en [www.bcbsfepvision.com](http://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, llámenos 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 excónyuge 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 una reclamación para obtener beneficios del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales 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 resumen 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.
- Ofrecemos una asignación adicional de \$50 para marcos si utiliza un centro MyEyeDr.
- Si desea inscribirse o cambiar su inscripción en este plan, visite [www.BENEFEDS.gov](http://www.BENEFEDS.gov) o llame al 1-877-888-FEDS (3337), TTY: 711, Internacional: 1-571-730-5942.
- Ofrecemos estudios de diagnóstico por imagen de retina con un copago de \$29 tanto para la Opción Alta como para Opción Estándar.

### Servicios cubiertos dentro de la red

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

**Opción Alta:** usted no paga nada.

**Opción Estándar:** usted no paga nada.

Página: 16

### Lentes para anteojos estándar (pueden obtenerse lentes de contacto en lugar de anteojos)

**Opción Alta:** usted no paga nada.

**Opción Estándar:** usted paga \$10

Página: 16

### Lentes y tratamientos opcionales

**Opción Alta:** usted no paga nada por Transitions®, lentes de policarbonato, lentes progresivos estándar, lentes tintados, revestimiento de protección ultravioleta. Algunos copagos adicionales se aplican a otros tratamientos con lentes.

**Opción Estándar:** usted no paga nada por lentes de policarbonato, lentes tintados, revestimiento de protección ultravioleta. Algunos copagos adicionales se aplican a otros tratamientos con lentes.

Página: 17

### Asignación para marcos, marcos de colección

**Opción Alta:** usted no paga nada.

**Opción Estándar:** usted no paga nada.

Página: 17

### Asignación para marcos

**Opción Alta:** usted paga cualquier monto que supere la asignación para marcos del plan de \$200 después de un descuento del 20 % en proveedores independientes. **En MyEyeDr., usted paga cualquier monto que supere la asignación para marcos de \$250.** No se aplica un descuento del 20 %.

**Opción Estándar:** usted paga cualquier monto que supere la asignación para marcos del plan de \$140 después de un descuento del 20 % en proveedores independientes. **En MyEyeDr., usted paga cualquier monto que supere la asignación para marcos de \$190.** No se aplica un descuento del 20 %.

Página: 17

### Lentes de contacto:

**Opción Alta:** usted paga cualquier monto que supere la asignación para lentes de contacto del plan de \$150 después de un descuento del 15 % en proveedores independientes. La asignación de \$150 es solo para materiales de lentes de contacto y debe usarse todo a la vez. La evaluación, el ajuste y la atención de seguimiento de lentes de contacto No Especializados están cubiertos en su totalidad en proveedores de la red. Para lentes Especializados, usted recibe una asignación de \$60 en proveedores dentro de la red.

**Opción Estándar:** usted paga cualquier monto que supere la asignación para lentes de contacto del plan de \$140 después de un descuento del 15 % en proveedores independientes. La asignación de \$140 es solo para materiales de lentes de contacto y debe usarse todo a la vez. Para la evaluación, el ajuste y la atención de seguimiento de lentes de contacto No Especializados, usted paga un copago de \$55 en proveedores dentro de la red.

Página: 18

### Corrección de la visión con láser

**Opción Alta:** usted paga el cargo del proveedor después del descuento negociado

**Opción Estándar:** usted paga el cargo del proveedor después del descuento negociado.

Página: 20

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



---

## Notas

---

## Información sobre las tarifas

Cobertura Alta: quincenal			Cobertura Alta: mensual		
Individual únicamente	Individual + Uno	Individual y Familia	Individual únicamente	Individual + Uno	Individual y Familia
\$5.66	\$11.31	\$16.97	\$12.26	\$24.51	\$36.77

  

Cobertura Estándar: quincenal			Cobertura Estándar: mensual		
Individual únicamente	Individual + Uno	Individual y Familia	Individual únicamente	Individual + Uno	Individual y Familia
\$3.56	\$7.12	\$10.68	\$7.71	\$15.43	\$23.14