



Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.

5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588 | Telephone: 707-864-2800 or 800-244-4530

Anuncio Importante

Favor de proporcionar una copia de este Anuncio a su Cónyuge e hijos elegibles inscritos en el Plan.

Fecha: 14 de junio de 2023

A: Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California Activos, Jubilados y Participantes y Dependientes del Plan Especial, Incluyendo a los Beneficiarios de COBRA

De: Junta de Síndicos

Asunto: Mejoras en los Beneficios al Plan de Salud y Bienestar de Pago Directo y Cambios Relativos a la Terminación de la Emergencia Nacional y la Emergencia Pública de Salud del COVID-19

Esta Notificación tiene por objeto informarle sobre ciertas modificaciones materiales que se han realizado al Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California. **Esta información es MUY IMPORTANTE para usted y sus dependientes.** Favor de tomarse su tiempo para leerlo detenidamente.

CAMBIOS AL ANTHEM BLUE CROSS BENEFICIOS DENTALES EFECTIVOS EL 1° DE MAYO DE 2023

La Junta de Síndicos se complace en informarle que efectivo para los servicios Dentales a partir del 1 de mayo de 2023, se aplicarán las siguientes mejoras a los beneficios dentales. Tenga en cuenta que se le enviarán por correo nuevas tarjetas de identificación, únicamente para beneficios dentales, debido al cambio en los beneficios:

- **Plan de Activos:** El beneficio de ortodoncia ha aumentado de un beneficio máximo vitalicio de \$3,500 a \$4,000.
- **Planes de Activos y de Jubilados:** Para servicio a partir del 1 de junio de 2022, los planes dentales permitirán la repetición del tratamiento de los procedimientos de conductos radiculares.

Estamos acompañando un resumen de sus beneficios dentales de Anthem. **Favor de tener en cuenta que hay resúmenes por separado de los planes para los Activos y los Jubilados.**

También, efectivo al 1 de julio de 2023, los servicios dentales se moverán del Prime y Complete al Plan Essential Choice (la red del proveedor es la misma). El Plan Dental Essential Choice de Anthem ofrece a los miembros beneficios dentales mejorados tales como limpiezas adicionales, cubierta para carillas y lesión dental accidental, y ampliación de los límites de edad en procedimientos específicos. Esto también resultará en que se emitan nuevas tarjetas de identificación y que se proporcionen resúmenes actualizados de beneficios.

CAMBIOS A LOS BENEFICIOS PARA LA VISTA DE ANTHEM BLUE VIEW EFECTIVO EL 1° DE MAYO DE 2023

La Junta de Síndicos se complace en informarle que su asignación anual para marcos ha aumentado de \$145 a \$200 y su asignación para lentes de contacto ha aumentado de \$120 a \$200. También hemos añadido cobertura para lentes progresivos y revestimiento anti reflejante.

Cuando utilice sus beneficios oftalmológicos, informe a su proveedor oftalmológico de que tiene Anthem Blue View Visión y facilítele su número de identificación Anthem. Estamos acompañando un resumen de sus beneficios de la vista de Anthem. **Favor de tener en cuenta que hay resúmenes por separado para los planes para los Activos y los Jubilados.**

ACLARACIONES A LOS BENEFICIOS MÉDICOS CONFORME A LA TERMINACIÓN DE LA EMERGENCIA NACIONAL (NE) Y LA EMERGENCIA PÚBLICA DE SALUD (PHE)

Este SMM aclara cambios importantes en los beneficios relativos al COVID-19 y los plazos administrativos como resultado de la terminación declarada de la Emergencia Nacional y de la Emergencia de Salud Pública el 11 de mayo de 2023.

El gobierno federal ha anunciado que la Emergencia Nacional y la Emergencia Pública de Salud relativas al COVID-19 se terminarán el 11 de mayo de 2023. Por lo tanto, las reglas del plan relativas a la cobertura de ciertos beneficios relacionados con el COVID-19 cambiarán. En general, las reglas especiales en vigor durante la emergencia se terminarán y los beneficios estarán cubiertos bajo las disposiciones usuales de costo compartido del Fondo de Bienestar.

Cambios a los Beneficios Relativos al COVID-19

A continuación aparece un breve resumen de los cambios en la cobertura médica relativa al COVID-19 y de los medicamentos de receta a partir del 12 de mayo de 2023:

Beneficio	Durante el Periodo de Emergencia	Efectivo al 12 de mayo de 2023
Vacunas contra el COVID-19, incluyendo los refuerzos	No hay cargo por la vacuna cuando se recibe en un Proveedor Participante o en uno No Participante.	Las vacunas contra el COVID-19 y los refuerzos estarán cubiertos sin cargo cuando se reciben de un Proveedor Participante. Las vacunas contra el COVID-19 y los refuerzos estarán cubiertos a costo compartido fuera de la red cuando se reciben de un Proveedor No Participante.
Pruebas diagnóstica y servicios relativos al COVID-19	No hay cargo por las visitas al consultorio relativas a las pruebas para el COVID-19 o los análisis de laboratorio (incluyendo las pruebas rápidas para diagnóstico y las pruebas de frotis y envío) realizadas por Proveedores Participantes o No Participantes.	Las visitas al consultorio o los análisis de laboratorio relativos al COVID-19 estarán cubiertos de la misma manera (con el mismo costo compartido) que cualquier otro análisis o laboratorio, en base a que el servicio se realice por un Proveedor Participante o No Participante.
Cajas de pruebas caseras de COVID-19, también conocidas como cajas de prueba sin receta	No hay cargo por hasta ocho (8) pruebas sin receta (OTC) de COVID-19 al mes, en y fuera de la red. El reembolso por las pruebas de COVID-19 de fuera de red está limitado a \$12 por cada prueba.	Las pruebas para el COVID-19 sin receta no están cubiertas bajo el Fondo y no son reembolsables.

Eliminación de los Plazos Ampliados para Acciones Administrativas

Además de los cambios anteriores, también hay ciertos plazos administrativos que regresarán a la normalidad después de que terminen la Emergencia Nacional (NE) y la Emergencia Pública de Salud (PHE).

A continuación, se presenta un breve resumen de los cambios en los plazos administrativos a partir del 10 de julio de 2023, lo que ocurra antes de los 60 días después de que se anuncia la finalización de la Emergencia Sanitaria Nacional del COVID-19, o un año a partir de la fecha límite para su plazo particular, cualquiera que suceda primero.

Plazo Administrativo	Durante el Periodo de Emergencia	Regreso a los Plazos Normales
COBRA, HIPAA, inscripción especial y reclamaciones y apelaciones de beneficios	Durante la Emergencia Nacional, los plazos límites para los siguientes eventos fueron ampliados hasta lo que ocurra antes, el 10 de julio de 2023, o un año del plazo original: • Elecciones COBRA • Pago de primas COBRA • Elección de la inscripción especial HIPAA • Presentación de reclamaciones, apelaciones y solicitudes de revisión externa	Efectivo al 10 de julio de 2023, los plazos límites para estos eventos regresan a sus plazos normales. Favor de ver la Descripción Resumida del Plan o comuníquese con la Oficina del Fondo para los detalles en los plazos aplicables.

De todas formas, le recomendamos que use las instalaciones PPO y los proveedores PPO siempre que sea posible. Favor de guardar este aviso importante junto con su Documento del Plan/Descripción Resumida del Plan para una referencia fácil de todas las disposiciones del Plan. Favor de revisar estos cambios atentamente y comuníquese con la Oficina del Fondo para cualquier pregunta que tenga.

Si tuviera alguna pregunta sobre este Anuncio Importante, comuníquese con la Oficina del Fondo Fideicomiso, de lunes a viernes, de 8:00 AM a 5:00 PM.

Atentamente,

Junta de Síndicos
Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar
para el Norte de California

El recibo de este aviso no constituye una determinación de su elegibilidad. Si desea verificar la elegibilidad, o si tiene alguna pregunta respecto a los cambios del Plan, comuníquese con la Oficina del Fondo Fideicomiso.

De acuerdo con los requisitos de información de ERISA, este documento sirve como su Resumen de Modificaciones Materiales al Plan. Guarde este Anuncio Importante junto a sus folletos del Plan de Salud y Bienestar

Resumen de Beneficios

Anthem Dental Essential Choice PPO



Laborers Health & Welfare Trust Fund para Northern California
Anthem Blue Cross Dental Complete Network

¡BIENVENIDO A SU PLAN DENTAL!

Los chequeos dentales periódicos permiten detectar, de manera temprana, signos de advertencia de ciertos problemas de salud, lo que significa que usted obtiene la atención que necesita para mantenerse saludable. Por eso, no escatime en la atención dental, ¡una buena atención bucal puede implicar una mejor salud en general!

Herramientas eficaces y fácilmente accesibles para miembros.

- **Consulte a un higienista:** los miembros de planes dentales simplemente pueden enviar preguntas sobre la salud dental por correo electrónico a un equipo de odontólogos certificados que, a su vez, responderán en aproximadamente 24 horas.
- **Evaluación de riesgos para la salud dental:** queremos que nuestros miembros de planes dentales comprendan mejor su salud bucal y los factores de riesgos de caries, enfermedades de las encías y cáncer bucal. Esta herramienta en línea fácil de usar puede ser útil en este sentido.
- **Calculador de costos de atención dental:** a fin de permitir que nuestros miembros de planes dentales comprendan mejor el costo de su atención dental, ofrecemos acceso a una herramienta fácil de usar, basada en la web, que proporciona estimados de los tratamientos y procedimientos dentales comunes a la hora de utilizar un dentista de la red.
- **Funcionalidades móviles:** gracias a nuestra última aplicación móvil, los miembros pueden encontrar un dentista de la red y ver sus reclamaciones. Nuestra aplicación está disponible para teléfonos Android y Apple.

Dentistas en la red de su plan.

- Usted podrá obtener ahorros cuando visite a un dentista de la red de su plan, ya que Anthem y el dentista han acordado el precio de los servicios cubiertos. Los dentistas que no son parte de nuestra red del plan no han acordado el precio y es posible que le facturen la diferencia entre lo que les paga Anthem y lo que el dentista suele cobrar.
- Para buscar un dentista por nombre o ubicación, visite anthem.com o llame al Servicio de Atención al Cliente de planes dentales al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.

¿Está listo para utilizar los beneficios dentales?

- Elija un dentista de la red
- Solicite una cita
- Muéstrela al personal del consultorio su tarjeta de identificación del miembro
- Pague cualquier deducible o copago que sea parte de su plan

¿Necesita contactarse con nosotros?

Consulte el dorso de su tarjeta de identificación para saber cómo comunicarse con nosotros por teléfono, correo postal o correo electrónico.

Resumen de sus beneficios dentales

El siguiente resumen de beneficios describe cómo funciona su plan dental y le brinda una referencia rápida de sus beneficios. Para obtener los detalles completos de la cobertura, consulte su póliza.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Año de cobertura	Año de contrato	
Beneficio máximo anual		
• Por persona asegurada	\$2,500	\$2,500
• No se aplican los servicios preventivos y de diagnóstico al beneficio máximo anual.		
Saldo máximo anual	No	No
Beneficio de ortodoncia máximo de por vida		
• Por persona elegible	\$4,000	\$4,000
Deducible anual	\$100	\$100
• Por persona asegurada	3 veces el deducible del miembro individual	3 veces el deducible del miembro individual
• Máximo por familia		
Sin deducible para los servicios preventivos y de diagnóstico	Sí	Sí
Reembolso por servicios fuera de la red	Percentil 90	

Servicios dentales	Dentro de la red Anthem paga:	Fuera de la red Anthem paga:	Periodo de espera
Servicios preventivos y de diagnóstico - Examen dental periódico - Se limita a 2 cada 12 meses - Limpieza dental (profilaxis) - Se limita a 4 cada 12 meses; combinado con el mantenimiento periodontal - Radiografías de aleta de mordida - Se limitan a 1 juego de radiografías cada 12 meses - Radiografías de boca completa o panorámicas - Se limitan a 1 cada 36 meses - Aplicación de flúor - Se limita a 1 cada 12 meses hasta los 18 años de edad - Aplicación de sellador - Se limita a 1 cada 24 meses hasta los 18 años de edad - Consulta (segunda opinión); solo con radiografías y sin otros servicios - Se limita a 1 cada 12 meses - Inserción de separadores - Se limita a 1 separador por diente cada 12 meses hasta los 18 años de edad	Coseguro del 100%	Coseguro del 100%	Sin periodo de espera
Servicios básicos (de restauración) - Empastes de amalgama (de color plateado) - Se limitan a 1 por superficie dental cada 24 meses - Empastes de composite (del color de los dientes) - Se limitan a 1 por superficie dental cada 24 meses; empastes posteriores (traseros) que no se pagan como amalgama (de color plateado) - Biopsia con cepillo (prueba de cáncer) cubierta a nivel de servicio preventivo/de diagnóstico - Se limita a 1 cada 12 meses; todas las edades	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Endodoncia (no quirúrgica) - Tratamiento de conducto (solo dientes permanentes) - Se limita a 1 por diente de por vida	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Endodoncia (quirúrgica) - Apicectomía y apexificación - Se limitan a 1 por diente de por vida; solo dientes permanentes	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Periodoncia (no quirúrgica) - Mantenimiento periodontal - Se limita a 4 cada 12 meses, combinado con limpieza dental - Raspado y alisado radicular; si la profundidad de la bolsa periodontal es de cuatro milímetros o más - Se limita a 1 por cuadrante cada 24 meses	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Periodoncia (quirúrgica) - Cirugía periodontal (cirugía ósea, gingivectomía, procedimientos de injerto) - Se limita a 1 por cuadrante cada 36 meses	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Cirugía maxilofacial (simple) - Con cobertura en el nivel básico (de restauración) - Se limita a 1 por diente de por vida	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Cirugía maxilofacial (compleja) - Extracción quirúrgica - Se limita a 1 por diente de por vida	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Servicios superiores (de restauración) - Coronas, incrustaciones extracoronarias, carillas - Se limitan a 1 por diente cada 60 meses	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Prostodoncia - Dentaduras postizas y puentes - Se limitan a 1 por diente/arco cada 60 meses - Colocación de implante - Se limitan a 1 por diente/arco cada 60 meses - Prostodoncia e implantes - Límite de uno por diente/arco cada 60 meses; pagado como puente, dentadura postiza y/o corona que no sea implante	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Reparaciones/ajustes - Reparaciones de corona, dentadura postiza y puente - Se limitan a 1 por diente cada 12 meses; no aplica dentro de los 6 meses posteriores a la colocación - Ajustes de dentadura postiza y puente - Se limitan a 2 por diente cada 12 meses; no aplica dentro de los 6 meses posteriores a la colocación	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera

Servicios dentales (continuación)	Dentro de la red Anthem paga:	Fuera de la red Anthem paga:	Periodo de espera
Servicios de ortodoncia para adultos/niños Sin límite de edad	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%	Sin periodo de espera
Trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) - Aparatos ortopédicos - Se cubren 1 vez de por vida	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Blanqueamiento dental cosmético Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	N/A

NOTA: Los beneficios cosméticos, como el blanqueado dental, en una póliza de seguro pueden tener consecuencias en el impuesto sobre la renta tanto para los grupos del empleador como para los miembros del plan. Por ejemplo, el valor del dólar del beneficio cosmético puede considerarse parte del ingreso imponible de la persona. Para obtener más información sobre las ramificaciones tributarias de los beneficios del seguro cosmético, consulte a un asesor legal o fiscal.

Programas y servicios adicionales			
Anthem Whole Health Connection - DentalSM Para miembros con ciertas afecciones médicas, hay beneficios dentales adicionales disponibles sin un deducible o periodos de espera. Los servicios elegibles se pagan al 100% y no reducirán su máximo anual por año de cobertura (si corresponde).		Incluido	
Beneficio por lesiones dentales accidentales Brinda una cobertura del 100% a los miembros que sufren lesiones accidentales en los dientes hasta alcanzar el máximo anual por año de cobertura (si corresponde). No se aplican deducibles, coseguro del miembro o periodos de espera.		Incluido	
Extensión de beneficios Después del cese de la cobertura, los miembros tienen hasta 60 días para completar el tratamiento iniciado antes del cese de la cobertura conforme al plan, y los servicios elegibles tendrán cobertura.		Incluido	
Programa de atención dental internacional de emergencia Ofrece beneficios dentales de emergencia de dentistas certificados angloparlantes durante el trabajo o viajes en el exterior. Los servicios cubiertos elegibles se pagarán al 100% sin deducibles, coseguro del miembro o periodos de espera, y no reducirán el máximo anual por año de cobertura del miembro (si corresponde).		Incluido	

Exclusiones y limitaciones adicionales

A continuación, se encuentra una lista parcial de los servicios que no están cubiertos por su plan dental. Consulte su póliza para ver una lista completa.

Servicios prestados antes o después del periodo de esta cobertura. Servicios que recibió antes de la fecha de entrada en vigencia o después de finalizada la cobertura, a menos que se especifique lo contrario en el certificado del plan dental.

Ortodoncia (a menos que se incluya como parte de los beneficios de su plan dental). Se incluyen frenos, aparatos ortodónticos y todos los servicios relacionados.

Odontología cosmética (a menos que se incluya como parte de los beneficios de su plan dental). Servicios brindados por dentistas con el único propósito de mejorar la apariencia del diente si la estructura y funcionalidad del diente son satisfactorias y no existen afecciones patológicas (caries).

Fármacos y medicamentos. Se incluyen la sedación consciente intravenosa, la sedación IV y la anestesia general cuando se administran con atención dental no quirúrgica.

Analgesia, agentes analgésicos, óxido nitroso para ansiólisis, inyecciones de medicamentos terapéuticos, fármacos o medicamentos utilizados para atención dental quirúrgica o no quirúrgica, a menos que la sedación consciente intravenosa sea elegible como beneficio separado cuando se administra en conjunto con servicios quirúrgicos complejos.

Los periodos de espera para los servicios de endodoncia, de periodoncia y de cirugía maxilofacial pueden ser diferentes a los de otros servicios básicos o servicios superiores que se encuentren dentro del mismo plan dental. Hay un periodo de espera de 24 meses para el reemplazo de dientes por ausencia congénita o de dientes extraídos antes de que se aplique la cobertura de este plan.

El presente documento no es un contrato; es un listado parcial de beneficios y servicios. Todos los servicios cubiertos están sujetos a las condiciones, las limitaciones, las exclusiones, los términos y las cláusulas de la póliza. **Si existieran diferencias entre la información presente en este resumen y la póliza, prevalecerá la póliza.**

Resumen de Beneficios

Anthem Dental Essential Choice PPO



Laborers Health & Welfare Trust Fund para Northern California:
empleados jubilados

Anthem Blue Cross Dental Complete Network

¡BIENVENIDO A SU PLAN DENTAL!

Los chequeos dentales periódicos permiten detectar, de manera temprana, signos de advertencia de ciertos problemas de salud, lo que significa que usted obtiene la atención que necesita para mantenerse saludable. Por eso, no escatime en la atención dental, ¡una buena atención bucal puede implicar una mejor salud en general!

Herramientas eficaces y fácilmente accesibles para miembros.

- **Consulte a un higienista:** los miembros de planes dentales simplemente pueden enviar preguntas sobre la salud dental por correo electrónico a un equipo de odontólogos certificados que, a su vez, responderán en aproximadamente 24 horas.
- **Evaluación de riesgos para la salud dental:** queremos que nuestros miembros de planes dentales comprendan mejor su salud bucal y los factores de riesgos de caries, enfermedades de las encías y cáncer bucal. Esta herramienta en línea fácil de usar puede ser útil en este sentido.
- **Calculador de costos de atención dental:** a fin de permitir que nuestros miembros de planes dentales comprendan mejor el costo de su atención dental, ofrecemos acceso a una herramienta fácil de usar, basada en la web, que proporciona estimados de los tratamientos y procedimientos dentales comunes a la hora de utilizar un dentista de la red.
- **Funcionalidades móviles:** gracias a nuestra última aplicación móvil, los miembros pueden encontrar un dentista de la red y ver sus reclamaciones. Nuestra aplicación está disponible para teléfonos Android y Apple.

Dentistas en la red de su plan.

- Usted podrá obtener ahorros cuando visite a un dentista de la red de su plan, ya que Anthem y el dentista han acordado el precio de los servicios cubiertos. Los dentistas que no son parte de nuestra red del plan no han acordado el precio y es posible que le facturen la diferencia entre lo que les paga Anthem y lo que el dentista suele cobrar.
- Para buscar un dentista por nombre o ubicación, visite anthem.com o llame al Servicio de Atención al Cliente de planes dentales al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.

¿Está listo para utilizar los beneficios dentales?

- Elija un dentista de la red
- Solicite una cita
- Muéstrela al personal del consultorio su tarjeta de identificación del miembro
- Pague cualquier deducible o copago que sea parte de su plan

¿Necesita contactarse con nosotros?

Consulte el dorso de su tarjeta de identificación para saber cómo comunicarse con nosotros por teléfono, correo postal o correo electrónico.

Resumen de sus beneficios dentales

El siguiente resumen de beneficios describe cómo funciona su plan dental y le brinda una referencia rápida de sus beneficios. Para obtener los detalles completos de la cobertura, consulte su póliza.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Año de cobertura	Año del contrato	
Beneficio máximo anual		
• Por persona asegurada	\$2,500	\$2,500
• No se aplican los servicios preventivos y de diagnóstico al beneficio máximo anual.		
Saldo máximo anual	No	No
Beneficio de ortodoncia máximo de por vida		
• No corresponde	No corresponde	No corresponde
Deducible anual		
• Por persona asegurada	\$50	\$50
• Máximo por familia	3 veces el deducible del miembro individual	3 veces el deducible del miembro individual
Sin deducible para los servicios preventivos y de diagnóstico	Sí	Sí
Reembolso por servicios fuera de la red	Percentil 90	

Servicios dentales	Dentro de la red Anthem paga:	Fuera de la red Anthem paga:	Periodo de espera
Servicios preventivos y de diagnóstico - Examen dental periódico - Se limita a 2 cada 12 meses - Limpieza dental (profilaxis) - Se limita a 4 cada 12 meses; combinado con el mantenimiento periodontal - Radiografías de aleta de mordida - Se limitan a 1 juego de radiografías cada 12 meses - Radiografías de boca completa o panorámicas - Se limitan a 1 cada 36 meses - Aplicación de flúor - Se limita a 1 cada 12 meses hasta los 18 años de edad - Aplicación de sellador - Se limita a 1 cada 24 meses hasta los 18 años de edad - Consulta (segunda opinión); solo con radiografías y sin otros servicios - Se limita a 1 cada 12 meses - Inserción de separadores - Se limita a 1 separador por diente cada 12 meses hasta los 18 años de edad	Coseguro del 100%	Coseguro del 100%	Sin periodo de espera
Servicios básicos (de restauración) - Empastes de amalgama (de color plateado) - Se limitan a 1 por superficie dental cada 24 meses - Empastes de composite (del color de los dientes) - Se limitan a 1 por superficie dental cada 24 meses; empastes posteriores (traseros) que no se pagan como amalgama (de color plateado) - Biopsia con cepillo (prueba de cáncer) cubierta a nivel de servicio preventivo/de diagnóstico - Se limita a 1 cada 12 meses; todas las edades	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Endodoncia (no quirúrgica) - Tratamiento de conducto (solo dientes permanentes) - Se limita a 1 por diente de por vida	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Endodoncia (quirúrgica) - Apicectomía y apexificación - Se limitan a 1 por diente de por vida; solo dientes permanentes	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Periodoncia (no quirúrgica) - Mantenimiento periodontal - Se limita a 4 cada 12 meses, combinado con limpieza dental - Raspado y alisado radicular; si la profundidad de la bolsa periodontal es de cuatro milímetros o más - Se limita a 1 por cuadrante cada 24 meses	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Periodoncia (quirúrgica) - Cirugía periodontal (cirugía ósea, gingivectomía, procedimientos de injerto) - Se limita a 1 por cuadrante cada 36 meses	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Cirugía maxilofacial (simple) - Con cobertura en el nivel básico (de restauración) - Se limita a 1 por diente de por vida	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Cirugía maxilofacial (compleja) - Extracción quirúrgica - Se limita a 1 por diente de por vida	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Servicios superiores (de restauración) - Coronas, incrustaciones extracoronarias, carillas - Se limitan a 1 por diente cada 60 meses	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Prostodoncia - Dentaduras postizas y puentes - Se limitan a 1 por diente/arco cada 60 meses - Colocación de implante - Se limitan a 1 por diente/arco cada 60 meses - Prostodoncia e implantes - Límite de uno por diente/arco cada 60 meses; pagado como puente, dentadura postiza y/o corona que no sea implante	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Reparaciones/ajustes - Reparaciones de corona, dentadura postiza y puente - Se limitan a 1 por diente cada 12 meses; no aplica dentro de los 6 meses posteriores a la colocación - Ajustes de dentadura postiza y puente - Se limitan a 2 por diente cada 12 meses; no aplica dentro de los 6 meses posteriores a la colocación	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera

Servicios dentales (continuación)	Dentro de la red Anthem paga:	Fuera de la red Anthem paga:	Periodo de espera
Servicios de ortodoncia para adultos/niños ○ Sin Cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin periodo de espera
Trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) ● Aparatos ortopédicos ○ Se cubren 1 vez de por vida	Coseguro del 70%	Coseguro del 70%	Sin periodo de espera
Blanqueamiento dental cosmético ○ Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	N/A

NOTA: Los beneficios cosméticos, como el blanqueado dental, en una póliza de seguro pueden tener consecuencias en el impuesto sobre la renta tanto para los grupos del empleador como para los miembros del plan. Por ejemplo, el valor del dólar del beneficio cosmético puede considerarse parte del ingreso imponible de la persona. Para obtener más información sobre las ramificaciones tributarias de los beneficios del seguro cosmético, consulte a un asesor legal o fiscal.

Programas y servicios adicionales

Anthem Whole Health Connection - DentalSM

Incluido

- Para miembros con ciertas afecciones médicas, hay beneficios dentales adicionales disponibles sin un deducible o periodos de espera. Los servicios elegibles se pagan al 100% y no reducirán su máximo anual por año de cobertura (si corresponde).

Beneficio por lesiones dentales accidentales

Incluido

- Brinda una cobertura del 100% a los miembros que sufren lesiones accidentales en los dientes hasta alcanzar el máximo anual por año de cobertura (si corresponde). No se aplican deducibles, coseguro del miembro o periodos de espera.

Extensión de beneficios

Incluido

- Después del cese de la cobertura, los miembros tienen hasta 60 días para completar el tratamiento iniciado antes del cese de la cobertura conforme al plan, y los servicios elegibles tendrán cobertura.

Programa de atención dental internacional de emergencia

Incluido

- Ofrece beneficios dentales de emergencia de dentistas certificados angloparlantes durante el trabajo o viajes en el exterior. Los servicios cubiertos elegibles se pagarán al 100% sin deducibles, coseguro del miembro o periodos de espera, y no reducirán el máximo anual por año de cobertura del miembro (si corresponde).

Exclusiones y limitaciones adicionales

A continuación, se encuentra una lista parcial de los servicios que no están cubiertos por su plan dental. Consulte su póliza para ver una lista completa.

Servicios prestados antes o después del periodo de esta cobertura. Servicios que recibió antes de la fecha de entrada en vigencia o después de finalizada la cobertura, a menos que se especifique lo contrario en el certificado del plan dental.

Ortodoncia (a menos que se incluya como parte de los beneficios de su plan dental). Se incluyen frenos, aparatos ortodónticos y todos los servicios relacionados.

Odontología cosmética (a menos que se incluya como parte de los beneficios de su plan dental). Servicios brindados por dentistas con el único propósito de mejorar la apariencia del diente si la estructura y funcionalidad del diente son satisfactorias y no existen afecciones patológicas (caries).

Fármacos y medicamentos. Se incluyen la sedación consciente intravenosa, la sedación IV y la anestesia general cuando se administran con atención dental no quirúrgica.

Analgesia, agentes analgésicos, óxido nitroso para ansiólisis, inyecciones de medicamentos terapéuticos, fármacos o medicamentos utilizados para atención dental quirúrgica o no quirúrgica, a menos que la sedación consciente intravenosa sea elegible como beneficio separado cuando se administra en conjunto con servicios quirúrgicos complejos.

Los periodos de espera para los servicios de endodoncia, de periodoncia y de cirugía maxilofacial pueden ser diferentes a los de otros servicios básicos o servicios superiores que se encuentren dentro del mismo plan dental. Hay un periodo de espera de 24 meses para el reemplazo de dientes por ausencia congénita o de dientes extraídos antes de que se aplique la cobertura de este plan.

El presente documento no es un contrato; es un listado parcial de beneficios y servicios. Todos los servicios cubiertos están sujetos a las condiciones, las limitaciones, las exclusiones, los términos y las cláusulas de la póliza. **Si existieran diferencias entre la información presente en este resumen y la póliza, prevalecerá la póliza.**

¡Le damos la bienvenida al plan Blue View Vision!

Tiene muchas opciones a la hora de usar sus beneficios. Como miembro del plan Blue View Vision, tiene acceso a una de las redes de atención de la vista más grandes del país. Puede elegir entre muchos médicos de práctica privada, ópticas locales y tiendas minoristas nacionales como LensCrafters®, Target Optical® y casi todas las sucursales de Pearle Vision®. También puede emplear los beneficios dentro de la red para realizar el pedido en línea de artículos para la vista en Glasses.com y en ContactsDirect.com. Si desea encontrar una sucursal o un oftalmólogo participante de la red, inicie sesión en anthem.com/ca o, en el menú de la página principal, en la sección Care (Atención), seleccione **Find a Doctor (Encontrar un médico)**. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir asistencia al **1-866-723-0515**.

Fuera de la red: si usted lo prefiere, puede recibir sus beneficios cubiertos fuera de la red de Blue View Vision. Simplemente, pague el total del servicio en el momento de recibirlo, obtenga un recibo detallado y presente una reclamación de reembolso hasta el monto de su asignación máxima para servicios fuera de la red.

SUS BENEFICIOS DEL PLAN BLUE VIEW VISION	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	FRECUENCIA
Examen oftalmológico de rutina			
Examen de visión integral	Copago de \$10	Reembolso de hasta \$37	Una vez cada 12 meses
Marcos de anteojos			
Un par de marcos de anteojos	Asignación de \$200, luego un descuento del 20% del saldo restante	Reembolso de hasta \$40	Una vez cada 24 meses
Lentes para anteojos (en lugar de lentes de contacto)			
Un par de lentes recetados de plástico estándar: • Lentes unifocales • Lentes bifocales • Lentes trifocales • Lentes lenticulares	Copago de \$20 Copago de \$20 Copago de \$20 Copago de \$20	Reembolso de hasta \$34 Reembolso de hasta \$51 Reembolso de hasta \$68 Reembolso de hasta \$68	Una vez cada 12 meses
Mejoras de lentes para anteojos Por el hecho de obtener lentes o anteojos que están cubiertos por un proveedor de Blue View Vision, puede añadir (sin ningún costo adicional) cualquiera de las siguientes mejoras de lentes.			
• Lentes Transitions (para un hijo menor de 19 años de edad) • Policarbonato estándar (para un hijo menor de 19 años de edad) • Revestimiento antirrayaduras de fábrica • Mayor tamaño • Borde pulido • Cristal fotosensible	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0	Hasta \$5 Hasta \$5 N/A Hasta \$5 Hasta \$5 Hasta \$5	Igual que para lentes para anteojos cubiertos
Lentes de contacto con rechazo del saldo (en lugar de lentes para anteojos) La asignación para lentes de contacto solamente se aplicará a la primera compra de lentes de contacto que realice durante un periodo de beneficios. Cualquier monto restante no utilizado no podrá utilizarse para compras posteriores durante el mismo periodo de beneficios ni podrá transferirse al siguiente periodo de beneficios.			
• Optativos convencionales (no descartables) O BIEN	Asignación de \$200, luego un descuento del 15% del saldo restante	Reembolso de hasta \$100	Una vez cada 12 meses
• Optativos descartables O BIEN	Asignación de \$200 (sin descuento adicional)	Reembolso de hasta \$100	
• No optativos (necesarios por motivos médicos)	Cobertura total	Reembolso de hasta \$210	

Este es un beneficio primario de atención de la vista que tiene como objeto cubrir, solamente, los exámenes de la vista de rutina y los lentes y anteojos correctivos. Blue View Vision es solamente para la atención de los ojos de rutina. Si necesita tratamiento médico para los ojos, visite a un oftalmólogo participante de su red médica. Los beneficios son pagaderos, exclusivamente, por los gastos realizados mientras la cobertura grupal y de la persona asegurada esté en vigor. Esta información es, simplemente, una breve descripción de la cobertura. Todos los términos y las condiciones de la cobertura, incluidos los beneficios y las exclusiones, se encuentran en la póliza del miembro, la cual prevalecerá en caso de discrepancia con esta descripción general. Esta descripción general de los beneficios es solamente una parte del paquete de inscripción completo.



EXCLUSIONES Y LIMITACIONES (esta no es una lista completa, consulte el Certificado de Cobertura del miembro para obtener una lista completa)

Ofertas combinadas. No se pueden combinar con ninguna oferta, cupón o promoción de una tienda.

Montos excedentes. Todo monto que sobrepase los gastos de la vista cubiertos.

Anteojos de sol. Lentes de sol planos y marcos accesorios.

Anteojos de seguridad. Anteojos de seguridad y marcos accesorios.

Servicios sin especificar. Servicios no mencionados específicamente en el plan como servicios cubiertos.

Marcos y lentes rotos o perdidos. Ningún marco o lente que se haya roto o perdido puede ser reemplazado, a menos que la persona asegurada haya alcanzado el plazo de servicio normal, tal como se indica en las estipulaciones del plan.

Lentes de venta sin receta. Anteojos, lentes o lentes de contacto no recetados. Lentes planos o lentes que no tienen efecto refractivo.

Ortótica. Ortóptica o entrenamiento de la vista, y cualquier prueba complementaria relacionada.

AHORROS OPCIONALES DISPONIBLES EXCLUSIVAMENTE CON PROVEEDORES DENTRO DE LA RED BLUE VIEW VISION		Costo para miembros dentro de la red (después del copago correspondiente)
Estudios por imágenes de retina: a opción del miembro, se pueden realizar en el momento del examen oftalmológico.		No más de \$39
Mejoras de lentes para anteojos En el momento de obtener artículos para la vista de un proveedor de Blue View Vision, puede optar por mejorar los lentes de los anteojos a un precio con descuento. Se aplica un copago para los lentes para anteojos.	• Lentes Transitions (adultos) • Policarbonato estándar (adultos) • Tinte (parejo y gradual) • Protección contra rayos UV • Lentes progresivos¹ • Estándar • Nivel 1 premium • Nivel 2 premium • Nivel 3 premium • Nivel 4 premium • Revestimiento antirreflejante² • Estándar • Nivel 1 premium • Nivel 2 premium • Nivel 3 premium • Otras adiciones	\$65 \$30 \$0 \$15 \$55 \$75 \$85 \$100 \$175 \$35 \$47 \$58 \$85 Descuento del 20% en el precio minorista
	Par de anteojos adicional En todo momento de cualquier proveedor de la red de Blue View Vision.	\$55 \$75 \$85 \$100 \$175 \$35 \$47 \$58 \$85 Descuento del 20% en el precio minorista
Accesorios de lentes y anteojos En todo momento de cualquier proveedor de la red de Blue View Vision.		\$55 \$75 \$85 \$100 \$175 \$35 \$47 \$58 \$85 Descuento del 20% en el precio minorista
Ajuste de lentes de contacto y seguimiento Está disponible un ajuste de lentes de contacto y dos visitas de seguimiento una vez que haya completado un examen oftalmológico integral.		\$55 \$75 \$85 \$100 \$175 \$35 \$47 \$58 \$85 Descuento del 20% en el precio minorista
Lentes de contacto convencionales El descuento se aplica solo a los materiales		\$55 \$75 \$85 \$100 \$175 \$35 \$47 \$58 \$85 Descuento del 20% en el precio minorista

¹ Solicite recomendaciones a su proveedor además de marcas de lentes progresivos disponibles por niveles.

² Solicite recomendaciones a su proveedor además de marcas de revestimientos disponibles por niveles.

³ El ajuste estándar incluye los lentes transparentes esféricos de uso convencional y de reemplazo programado. Los ejemplos incluyen, entre otros, lentes desechables y de reemplazo frecuente.

⁴ El ajuste premium incluye todos los diseños, materiales y ajustes especiales que no se incluyen en los lentes de contacto estándar. Los ejemplos incluyen, entre otros, lentes tóricas y multifocales.

Los descuentos están sujetos a cambios sin aviso previo. Los descuentos no son "beneficios cubiertos" en su plan de atención de la vista y no figurarán en su Certificado de Cobertura. Los proveedores dentro de la red ofrecerán descuentos en productos y servicios, excepto cuando las leyes estatales impidan los descuentos en productos o servicios que no son beneficios cubiertos por el plan. Los descuentos en marcos no serán aplicables si el fabricante impone una política de no aplicación de descuentos sobre ventas en sitios de venta minorista o tiendas de proveedores independientes. Algunos de los proveedores dentro de la red son los siguientes:

**AHORROS ADICIONALES DISPONIBLES A TRAVÉS DE NUESTRO PROGRAMA DE OFERTAS ESPECIALES DE ANTHEM ***

Una vez que haya utilizado sus beneficios, usted cuenta con ahorros disponibles en artículos, como anteojos adicionales, anteojos de sol sin receta, audífonos e incluso la cirugía de corrección de la vista con láser LASIK a través de una variedad de proveedores. Simplemente **inicie sesión en anthem.com/ca**, seleccione Discounts (Descuentos) y, luego, Vision, Hearing & Dental (Visión, audición y servicios dentales).

* Los descuentos no pueden utilizarse junto con sus beneficios cubiertos.

FUERA DE LA RED

Si opta por recibir servicios cubiertos o adquirir artículos para la vista con cobertura de un proveedor fuera de la red, no se aplicarán descuentos de la red y usted deberá pagar los servicios y/o los materiales de los artículos para la vista al momento de recibir el servicio. Complete un formulario de reclamaciones fuera de la red y envíelo junto con su recibo detallado al número de fax, dirección de correo electrónico o dirección postal que se encuentran más abajo. Para descargar un formulario de reclamaciones, inicie sesión en **[anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca)**, o desde el menú de la página principal, en la sección Support (Soporte), seleccione Forms (Formularios), haga clic en Change State (Cambiar estado) para elegir su estado y luego vaya a Claims (Reclamaciones) y seleccione Blue View Vision Out-of-Network Claim Form (Formulario de reclamaciones fuera de la red de Blue View Vision). También puede comunicarse con Servicios para Miembros al **1-866-723-0515** para solicitar un formulario de reclamaciones.

Fax:	866-293-7373
Correo electrónico:	oonclaims@eyewearspecialoffers.com
Correo postal:	Blue View Vision Attn: OON Claims P.O. Box 8504 Mason, OH 45040-7111

¡Le damos la bienvenida al plan Blue View Vision!

Tiene muchas opciones a la hora de usar sus beneficios. Como miembro del plan Blue View Vision, tiene acceso a una de las redes de atención de la vista más grandes del país. Puede elegir entre muchos médicos de práctica privada, ópticas locales y tiendas minoristas nacionales como LensCrafters®, Target Optical® y casi todas las sucursales de Pearle Vision®. También puede emplear los beneficios dentro de la red para realizar el pedido en línea de artículos para la vista en Glasses.com y en ContactsDirect.com. Si desea encontrar una sucursal o un oftalmólogo participante de la red, inicie sesión en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca) o, en el menú de la página principal, en la sección Care (Atención), seleccione **Find a Doctor (Encontrar un médico)**. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir asistencia al **1-866-723-0515**.

Fuera de la red: si usted lo prefiere, puede recibir sus beneficios cubiertos fuera de la red de Blue View Vision. Simplemente, pague el total del servicio en el momento de recibirlo, obtenga un recibo detallado y presente una reclamación de reembolso hasta el monto de su asignación máxima para servicios fuera de la red.

SUS BENEFICIOS DEL PLAN BLUE VIEW VISION	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	FRECUENCIA
Examen oftalmológico de rutina			
Examen de visión integral	Copago de \$10	Reembolso de hasta \$37	Una vez cada 12 meses
Marcos de anteojos			
Un par de marcos de anteojos	Asignación de \$200, luego un descuento del 20% del saldo restante	Reembolso de hasta \$40	Una vez cada 12 meses
Lentes para anteojos (en lugar de lentes de contacto)			
Un par de lentes recetados de plástico estándar: • Lentes unifocales • Lentes bifocales • Lentes trifocales • Lentes lenticulares	Copago de \$10 Copago de \$10 Copago de \$10 Copago de \$10	Reembolso de hasta \$34 Reembolso de hasta \$51 Reembolso de hasta \$68 Reembolso de hasta \$68	Una vez cada 12 meses
Mejoras de lentes para anteojos Por el hecho de obtener lentes o anteojos que están cubiertos por un proveedor de Blue View Vision, puede añadir (sin ningún costo adicional) cualquiera de las siguientes mejoras de lentes.			
• Lentes Transitions (para un hijo menor de 19 años de edad) • Policarbonato estándar (para un hijo menor de 19 años de edad) • Revestimiento antirrayaduras de fábrica • Mayor tamaño • Borde pulido • Cristal fotosensible	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0	Hasta \$5 Hasta \$5 N/A Hasta \$5 Hasta \$5 Hasta \$5	Igual que para lentes para anteojos cubiertos
Lentes de contacto con rechazo del saldo (en lugar de lentes para anteojos) La asignación para lentes de contacto solamente se aplicará a la primera compra de lentes de contacto que realice durante un periodo de beneficios. Cualquier monto restante no utilizado no podrá utilizarse para compras posteriores durante el mismo periodo de beneficios ni podrá transferirse al siguiente periodo de beneficios.			
• Optativos convencionales (no descartables) O BIEN	Asignación de \$200, luego un descuento del 15% del saldo restante	Reembolso de hasta \$100	Una vez cada 12 meses
• Optativos descartables O BIEN	Asignación de \$200 (sin descuento adicional)	Reembolso de hasta \$100	
• No optativos (necesarios por motivos médicos)	Cobertura total	Reembolso de hasta \$210	



Este es un beneficio primario de atención de la vista que tiene como objeto cubrir, solamente, los exámenes de la vista de rutina y los lentes y anteojos correctivos. Blue View Vision es solamente para la atención de los ojos de rutina. Si necesita tratamiento médico para los ojos, visite a un oftalmólogo participante de su red médica. Los beneficios son pagaderos, exclusivamente, por los gastos realizados mientras la cobertura grupal y de la persona asegurada esté en vigor. Esta información es, simplemente, una breve descripción de la cobertura. Todos los términos y las condiciones de la cobertura, incluidos los beneficios y las exclusiones, se encuentran en la póliza del miembro, la cual prevalecerá en caso de discrepancia con esta descripción general. Esta descripción general de los beneficios es solamente una parte del paquete de inscripción completo.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES (esta no es una lista completa, consulte el Certificado de Cobertura del miembro para obtener una lista completa)

Ofertas combinadas. No se pueden combinar con ninguna oferta, cupón o promoción de una tienda.

Montos excedentes. Todo monto que sobrepase los gastos de la vista cubiertos.

Anteojos de sol. Lentes de sol planos y marcos accesorios.

Anteojos de seguridad. Anteojos de seguridad y marcos accesorios.

Servicios sin especificar. Servicios no mencionados específicamente en el plan como servicios cubiertos.

Marcos y lentes rotos o perdidos. Ningún marco o lente que se haya roto o perdido puede ser reemplazado, a menos que la persona asegurada haya alcanzado el plazo de servicio normal, tal como se indica en las estipulaciones del plan.

Lentes de venta sin receta. Anteojos, lentes o lentes de contacto no recetados. Lentes planos o lentes que no tienen efecto refractivo.

Órtptica. Órtptica o entrenamiento de la vista, y cualquier prueba complementaria relacionada.

AHORROS OPCIONALES DISPONIBLES EXCLUSIVAMENTE CON PROVEEDORES DENTRO DE LA RED BLUE VIEW VISION		Costo para miembros dentro de la red (después del copago correspondiente)
Estudios por imágenes de retina: a opción del miembro, se pueden realizar en el momento del examen oftalmológico.		No más de \$39
Mejoras de lentes para anteojos En el momento de obtener artículos para la vista de un proveedor de Blue View Vision, puede optar por mejorar los lentes de los anteojos a un precio con descuento. Se aplica un copago para los lentes para anteojos.	• Policarbonato estándar (adultos) • Tinte (parejo y gradual) • Protección contra rayos UV • Lentes progresivos¹ • Estándar • Nivel 1 premium • Nivel 2 premium • Nivel 3 premium • Nivel 4 premium • Revestimiento antirreflejante² • Estándar • Nivel 1 premium • Nivel 2 premium • Nivel 3 premium • Otras adiciones	\$30 \$0 \$15 \$55 \$75 \$85 \$100 \$175 \$35 \$47 \$58 \$85 Descuento del 20% en el precio minorista
	Par de anteojos adicional En todo momento de cualquier proveedor de la red de Blue View Vision.	• Par completo • Materiales de los anteojos que se compran por separado Descuento del 40% en el precio minorista Descuento del 20% en el precio minorista
Accesorios de lentes y anteojos	• Productos tales como anteojos de sol sin receta, artículos de limpieza para lentes, soluciones para lentes de contacto, estuches para anteojos, etc.	Descuento del 20% en el precio minorista
Ajuste de lentes de contacto y seguimiento Está disponible un ajuste de lentes de contacto y dos visitas de seguimiento una vez que haya completado un examen oftalmológico integral.	• Ajuste de lentes de contacto estándar³ • Ajuste de lentes de contacto premium⁴	Hasta \$55 Descuento del 10% en el precio minorista
Lentes de contacto convencionales	• El descuento se aplica solo a los materiales	Descuento del 15% en el precio minorista

¹ Solicite recomendaciones a su proveedor además de marcas de lentes progresivos disponibles por niveles.

² Solicite recomendaciones a su proveedor además de marcas de revestimientos disponibles por niveles.

³ El ajuste estándar incluye los lentes transparentes esféricos de uso convencional y de reemplazo programado. Los ejemplos incluyen, entre otros, lentes desechables y de reemplazo frecuente.

⁴ El ajuste premium incluye todos los diseños, materiales y ajustes especiales que no se incluyen en los lentes de contacto estándar. Los ejemplos incluyen, entre otros, lentes tóricas y multifocales.

Los descuentos están sujetos a cambios sin aviso previo. Los descuentos no son "beneficios cubiertos" en su plan de atención de la vista y no figurarán en su Certificado de Cobertura. Los proveedores dentro de la red ofrecerán descuentos en productos y servicios, excepto cuando las leyes estatales impidan los descuentos en productos o servicios que no son beneficios cubiertos por el plan. Los descuentos en marcos no serán aplicables si el fabricante impone una política de no aplicación de descuentos sobre ventas en sitios de venta minorista o tiendas de proveedores independientes. Algunos de los proveedores dentro de la red son los siguientes:



AHORROS ADICIONALES DISPONIBLES A TRAVÉS DE NUESTRO PROGRAMA DE OFERTAS ESPECIALES DE ANTHEM *

Una vez que haya utilizado sus beneficios, usted cuenta con ahorros disponibles en artículos, como anteojos adicionales, anteojos de sol sin receta, audífonos e incluso la cirugía de corrección de la vista con láser LASIK a través de una variedad de proveedores. Simplemente **inicie sesión en anthem.com/ca**, seleccione Discounts (Descuentos) y, luego, Vision, Hearing & Dental (Visión, audición y servicios dentales).

* Los descuentos no pueden utilizarse junto con sus beneficios cubiertos.

FUERA DE LA RED

Si opta por recibir servicios cubiertos o adquirir artículos para la vista con cobertura de un proveedor fuera de la red, no se aplicarán descuentos de la red y usted deberá pagar los servicios y/o los materiales de los artículos para la vista al momento de recibir el servicio. Complete un formulario de reclamaciones fuera de la red y envíelo junto con su recibo detallado al número de fax, dirección de correo electrónico o dirección postal que se encuentran más abajo. Para descargar un formulario de reclamaciones, inicie sesión en **[anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca)**, o desde el menú de la página principal, en la sección Support (Soporte), seleccione Forms (Formularios), haga clic en Change State (Cambiar estado) para elegir su estado y luego vaya a Claims (Reclamaciones) y seleccione Blue View Vision Out-of-Network Claim Form (Formulario de reclamaciones fuera de la red de Blue View Vision). También puede comunicarse con Servicios para Miembros al **1-866-723-0515** para solicitar un formulario de reclamaciones.

Fax:	866-293-7373
Correo electrónico:	oonclaims@eyewearspecialoffers.com
Correo postal:	Blue View Vision Attn: OON Claims P.O. Box 8504 Mason, OH 45040-7111