



**Cigna Healthcare Vision  
Blue Bottle Coffee, LLC  
C1 PPO Comprehensive Plan**

Le damos la bienvenida a Cigna Vision  
Programa de cobertura de la vista  
Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2026

Servicios de cuidado de la vista y frecuencia	Cobertura del plan dentro de la red**	Costo para el miembro dentro de la red***	Reembolso fuera de la red
<b>Examen y servicios profesionales:</b> Frecuencia*: una vez cada 12 meses			
Examen de la vista	100% después del copago	Copago de \$10	Asignación de hasta \$45
Examen de retina	Sin cobertura	Hasta \$39	Sin cobertura
Ajuste y seguimiento para lentes de contacto estándares	\$0	Hasta \$40 <sup>1</sup>	Sin cobertura <sup>1</sup>
Ajuste y seguimiento para lentes de contacto prémium	\$0	90% del costo minorista <sup>1</sup>	Sin cobertura <sup>1</sup>
<b>Asignaciones para cristales de anteojos estándares:</b> Frecuencia*: un par cada 12 meses			
<b>Cristales:</b>			
Monofocales	100% después del copago	Copago de \$25	Asignación de hasta \$32
Bifocales con línea	100% después del copago	Copago de \$25	Asignación de hasta \$55
Trifocales con línea	100% después del copago	Copago de \$25	Asignación de hasta \$65
Lenticulares	100% después del copago	Copago de \$25	Asignación de hasta \$80
<b>Mejoras de lentes/Opciones:</b>			
Lentes extragrandes	100%	\$0	Sin cobertura
Colores rosa núm. 1 y núm. 2 lisos	100%	\$0	Sin cobertura
Lentes de policarbonato para menores de 19 años	100%	\$0	Sin cobertura
Lentes de policarbonato	\$0	\$40	Sin cobertura
Progresivos estándares <sup>+</sup>	\$0	\$65 <sup>2</sup>	Sin cobertura <sup>2</sup>
Progresivos prémium <sup>+</sup>	\$0	Nivel 1: \$85 <sup>2</sup> Nivel 2: \$95 <sup>2</sup> Nivel 3: \$110 <sup>2</sup> Nivel 4: \$65 más descuento del 20% sobre el costo minorista Menos asignación de \$120 <sup>2</sup>	Sin cobertura <sup>2</sup>
Tonalidades, de plástico	\$0	\$15	Sin cobertura
Fotocromáticos, de vidrio o plástico	\$0	\$75	Sin cobertura
Recubrimiento contra rayones estándar	\$0	\$15	Sin cobertura
Recubrimiento ultravioleta (UV) estándar	\$0	\$15	Sin cobertura
Recubrimiento antirreflejo (AR) estándar <sup>+</sup>	\$0	\$45	Sin cobertura
Recubrimiento antirreflejo prémium <sup>+</sup>	\$0	Nivel 1: \$57 Nivel 2: \$68 Nivel 3: Descuento del 20% sobre el costo minorista	Sin cobertura
Lentes de alto índice	\$0	Descuento del 20% sobre el costo minorista	Sin cobertura
Todas las demás opciones de lentes	\$0	Descuento del 20% sobre el costo minorista	Sin cobertura

Asignación minorista para <b>lentes de contacto</b> : Frecuencia*: un par o una única compra cada <b>12 meses</b>			
Opcionales – Convencionales	100% hasta una asignación minorista de \$130; descuento adicional del 15% sobre el saldo que supere la asignación	Saldo que supere la asignación de \$130	Asignación de hasta \$105
Opcionales – Desechables	100% hasta una asignación minorista de \$130		
Terapéuticos	100%	\$0	Asignación de hasta \$210
Asignación para <b>marcos</b> Frecuencia*: uno cada <b>12 meses</b>			
Tienda minorista	100% hasta una asignación de \$150	Descuento del 20% sobre el saldo que supere la asignación	Asignación de hasta \$83
Costco	100% hasta una asignación de \$100	Saldo que supere la asignación	

\* Su período de frecuencia comienza el 1 de enero (por año calendario).

+ Los productos incluidos en cada nivel y los gastos de desembolso del miembro están sujetos a cambios. Los proveedores no están obligados a tener todas las marcas en todos los niveles. Consulte los detalles con su proveedor de la red.

<sup>1</sup> Puede aplicarse a la asignación para lentes de contacto.

<sup>2</sup> Los gastos de desembolso del miembro incluyen el copago para lentes bifocales con línea. El reembolso fuera de la red se basa en la asignación para lentes bifocales con línea.

**Definiciones:**

**Copago:** la cantidad que usted paga por un examen y/o materiales, cristales y/o marcos.

**Coseguro:** el porcentaje de los cargos que pagará Cigna. El cliente deberá pagar el saldo.

**Asignación:** la cantidad máxima que pagará Cigna. El cliente deberá pagar cualquier cantidad que supere la asignación.

**La cobertura dentro de la red incluye\*\*:**

- Una evaluación de la salud de la vista y de los ojos que incluye, a modo de ejemplo, examen de la salud de los ojos, dilatación, refracción y recetas médicas para anteojos.
- Un par de lentes estándares con receta, plásticos o de vidrio; toda la variedad de recetas (aumentos y prismas), incluidos los lentes extragrandes, los lentes colores rosa núm. 1 o núm. 2 lisos y los lentes de policarbonato para menores de 19 años.
  - 20% de ahorro en todas las mejoras adicionales de lentes/opciones que elija para sus cristales, que no estén incluidas en el Programa de cobertura de la vista anterior.
- Un par de lentes de contacto convencionales **opcionales** o una compra única de un suministro de lentes de contacto desechables, en lugar del beneficio de cristales y marcos de anteojos (no pueden recibirse lentes de contacto y anteojos [cristales y marcos] en el mismo año de beneficios). La asignación minorista para lentes de contacto puede aplicarse a los materiales de los lentes de contacto, así como al costo de los servicios profesionales para lentes de contacto adicionales, incluidos el ajuste y la evaluación, hasta la asignación definida.
- Se brindará cobertura para lentes de contacto **terapéuticos** cuando la agudeza visual no pueda corregirse a 20/70 en el ojo con mejor visión con anteojos y cuando la adaptación de los lentes de contacto obtendría este nivel de agudeza visual, y en ciertos casos de anisometropía, queratocono o afaquia, según lo determine y

**Servicios no cubiertos:**

- Entrenamiento ortóptico o visual y cualquier prueba complementaria asociada
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos
- Cualquier examen de la vista o accesorio correctivo para la vista, requerido por un empleador como condición para el empleo
- Cualquier lesión o enfermedad pagada o pagadera por la ley de Seguro de accidentes de trabajo o una ley similar, o que se relacione con el trabajo
- Cargos que superen el cargo razonable y usual por el Servicio o los Materiales
- Cargos incurridos después de la finalización de la póliza o de finalizada la cobertura del asegurado en la póliza, a excepción de lo que se especifica en la póliza
- Tratamiento o dispositivo experimental o no convencional
- Dispositivos de aumento o para poca visión que no aparezcan como cubiertos en el Programa de cobertura de la vista
- Cualquier tipo de anteojos, incluidos marcos y cristales, o lentes de contacto, que no requieran receta médica (se exige una receta mínima)
- Tratamientos de cristales para anteojos, "accesorios" o recubrimientos para cristales que no aparezcan como cubiertos en el Programa de cobertura de la vista
- Cristales de anteojos de sol con receta, "accesorios" o recubrimientos para cristales que no aparezcan como cubiertos en el Programa de cobertura de la vista
- Dos pares de anteojos, en lugar de lentes bifocales o trifocales
- Anteojos o lentes de seguridad necesarios para el trabajo que no aparezcan

<p>documente su profesional de cuidado de la vista. Los lentes de contacto adaptados para otros fines terapéuticos o la reducción de los campos visuales debido a una alta corrección positiva o negativa se cubrirán de acuerdo con la cobertura de lentes de contacto opcionales detallada en el Programa de cobertura de la vista.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un marco para cristales con receta; marco a elección cubierto hasta la asignación minorista del plan, más un 20% de ahorro sobre la cantidad que exceda la asignación para marcos.</li></ul> <p>** La cobertura puede variar en centros oftalmológicos de un club de membresías y tiendas minoristas de descuento participantes; comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre la cobertura específica.</p> <p>*** La participación de los proveedores es 100% voluntaria y está sujeta a las leyes aplicables; por favor, consulte a su profesional de cuidado de la vista sobre los descuentos ofrecidos.</p>	<p>como cubiertos en el Programa de cobertura de la vista</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Beneficio de anteojos para terminal de pantalla de video (VDT, por sus siglas en inglés) o computadora</li><li>• Reclamos presentados y recibidos después de transcurridos doce (12) meses de la Fecha del servicio original</li></ul>
--	--

**Ahorros con valor agregado dentro de la red**

- Descuento de hasta un 40% en pares de anteojos completos (marco y cristales) adicionales
- Descuento del 20% en artículos no cubiertos por el plan, como anteojos de sol no recetados, pero sin incluir los servicios profesionales\*\*\*

¿Le interesa el servicio de corrección de la vista con láser, como LASIK? Visite [MyCigna.com](http://MyCigna.com) y busque [Healthy Rewards®](#) para conocer los detalles.

**Cómo usar sus beneficios de Cigna Vision**  
(Tenga en cuenta que la red de Cigna Vision es diferente de las redes que respaldan a nuestros planes de salud/médicos).

- 1. Busque un médico**  
Existen tres formas de buscar un médico oftalmólogo de calidad en su área:
1. Inicie sesión en [myCigna.com](http://myCigna.com), haga clic en *Coverage* (Cobertura) y seleccione *Vision page* (Página de cobertura de la vista). Haga clic en *Visit Cigna Vision* (Visitar Cigna Vision). Luego elija *Find a Cigna Vision Network Eye Care Professional* (Buscar un profesional de cuidado de la vista de la red de Cigna Vision) para buscar en el Directorio de Cigna Vision administrado por EyeMed.
  2. ¿No tiene acceso a [myCigna.com](http://myCigna.com)? Visite [Cigna.com](http://Cigna.com); en la parte superior de la página, seleccione *Find A Doctor* (Buscar un médico), seleccione *Employer or School* (Empleador o escuela), haga clic en *Additional Directories* (Directorios adicionales) y seleccione *Cigna Vision serviced by EyeMed Directory* (Directorio de Cigna Vision administrado por EyeMed).
  3. ¿Prefiere comunicarse por teléfono? Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta del seguro de Cigna y hable con un representante de Servicio al Cliente de Cigna Vision.

**2. Programe una cita**  
Identifíquese como cliente de Cigna Vision cuando programe una cita. Muestre su identificación de comprobante de cobertura de Cigna Vision administrado por EyeMed en el momento de su cita, para que el personal del consultorio pueda acceder rápidamente a los detalles de su plan y verificar si cumple con los requisitos correspondientes.

**3. Reembolso del plan por atención fuera de la red**  
**Cómo usar sus beneficios de Cigna Vision**  
Envíe un formulario de reclamo completo de Cigna Vision administrado por EyeMed y un recibo detallado a: Cigna Vision, Claims Dept. c/o FAA PO Box 8504, Mason, OH 45040-7111

- Para obtener un formulario de reclamo de Cigna Vision administrado por EyeMed:
- Visite **Cigna.com** y vaya a *Forms* (Formularios), *Vision Forms* (Formularios para cuidado de la vista) y elija el formulario *Cigna Vision serviced by EyeMed* (Cigna Vision administrado por EyeMed)
  - Visite **myCigna.com** y vaya a la página de su cobertura de la vista

Cigna Vision pagará los gastos cubiertos en un plazo de diez días hábiles luego de recibir el formulario de reclamo completo y el recibo detallado.



Los beneficios están asegurados o son administrados por Connecticut General Life Insurance Company o Cigna Health and Life Insurance Company. Lea los materiales de su plan atentamente. Este resumen de beneficios proporciona una descripción muy breve de las características importantes de su plan. No es el contrato de seguro. Podrá consultar sus derechos y beneficios completos en los documentos reales del plan, que puede solicitar en cualquier momento. Puede descargar una copia del Resumen de la cobertura de la vista de NH en [Health Insurance & Medical Forms for Customers \(Seguro de salud y formularios médicos para clientes\) | Cigna](#), dentro de *Vision Forms* (Formularios para cuidado de la vista). Los proveedores participantes son contratistas independientes exclusivamente responsables por los productos y sus exámenes de la vista de rutina.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, entre las que se incluyen Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Healthy Rewards® es un programa de descuentos, no un beneficio asegurado.

# La discriminación es ilegal.

## Cobertura de la vista

Cigna Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna Healthcare no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

### Cigna Healthcare:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID y pídale a un asociado de Servicio al Cliente que le ayude.



Los productos y servicios de Cigna Healthcare son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de The Cigna Group, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, entre las que se incluyen Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

8247345Pa 6/23 © 2023 Cigna Healthcare.

Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a [ACAGrievance@Cigna.com](mailto:ACAGrievance@Cigna.com) o enviando una carta a la siguiente dirección:

### Cigna Healthcare

Nondiscrimination Complaint Coordinator  
P.O. Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID o envíe un mensaje de correo electrónico a [ACAGrievance@Cigna.com](mailto:ACAGrievance@Cigna.com). También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono:

**U.S. Department of Health and Human Services**  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
**1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)**

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Proficiency of Language Assistance Services

**English** – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.888.353.2653 (TTY dial 711 for operator, then dial 1-844-230-6498).

**Spanish** – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1.888.353.2653 (TTY: marque 711 para hablar con un operador y luego marque 1-844-230-6498).

**Chinese** – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。請致電 1.888.353.2653（聽語障人士請撥打 711（聽語障專線）由操作人員為您服務，然後撥打 1-844-230-6498）。

**Vietnamese** – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi 1.888.353.2653 (TTY xin quay số 711 để kết nối với tổng đài, sau đó quay số 1-844-230-6498).

**Korean** – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.888.353.2653번으로 문의하십시오(TTY는 교환원 연결을 위해 711번으로 전화하신 후, 1-844-230-6498번으로 전화하십시오).

**Tagalog** – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Tumawag sa 1.888.353.2653 (Para sa TTY, i-dial ang 711 para sa operator, pagkatapos ay i-dial ang 1-844-230-6498).

**Russian** – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.888.353.2653 (линия TTY: наберите 711 для соединения с оператором, затем наберите 1-844-230-6498).

**Arabic** – ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1.888.353.2653 (بنبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711 للتحدث إلى عامل الهاتف، ثم الاتصال على الرقم 1-844-230-6498).

**French Creole** – ATANSYON: Gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1.888.353.2653 (TTY konpoze 711 pou pale ak yon operatè, apres a konpoze 1-844-230-6498).

**French** – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le 1.888.353.2653 (ATS: composez le 711 pour joindre l'opérateur, puis composez le 1-844-230-6498).

**Portuguese** – ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue 1.888.353.2653 (TTY: marque 711 para o telefonista e, em seguida, marque 1-844-230-6498).

**Polish** – UWAGA: Możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1.888.353.2653 (użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711, aby otrzymać połączenie z telefonistą, a następnie wybrać numer 1-844-230-6498).

**Japanese** – 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1.888.353.2653 にお電話ください(TTYをご利用の場合は、711をダイヤルしてオペレーターに接続してから1-844-230-6498におかけください)。

**Italian** – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1.888.353.2653 (TTY: comporre il 711 per l'operatore, quindi comporre il numero 1-844-230-6498).

**German** – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: Rufen Sie die Nummer 1.888.353.2653 an (TTY-Benutzer wählen 711 für die Vermittlung und dann 1-844-230-6498).

**Persian (Farsi)** – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. با شماره 1.888.353.2653 تماس بگیرید (TTY شماره 711 را برای اپراتور گرفته و سپس 1-844-230-6498 را شماره گیری کنید).

824734a 6/23