Blue View Vision Insight℠
Commonwealth of Kentucky
Gold Plan

Anthem

Welcome to your Blue View Vision plan!

You have many choices when it comes to using your benefits. As a Blue View Vision plan member, you have access to one of the nation's largest vision networks. You may choose from many private practice doctors, local optical stores, and national retail stores including LensCrafters®, Target Optical®, and most Pearle Vision® locations. You may also use your in-network benefits to order eyewear online at Glasses.com and ContactsDirect.com. To locate a participating network eye care doctor or location, log in at **anthem.com**, or from the home page menu under Care, select **Find a Doctor**. You may also call member services for assistance at **1-844-402-5347**.

Out-of-Network – If you choose to, you may instead receive covered benefits outside of the Blue View Vision network. Just pay in full at the time of service, obtain an itemized receipt, and file a claim for reimbursement up to your maximum out-of-network allowance.

YOUR BLUE VIEW VISION PLAN BENEFITS	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK	FREQUENCY
Routine Eye Exam			
A comprehensive eye examination	$10 copay	Up to $35 reimbursement	Once every calendar year
Eyeglass Frames			
One pair of eyeglass frames	$150 allowance, then 20% off any remaining balance	Up to $75 reimbursement	Once every calendar year
Eyeglass Lenses *(instead of contact lenses)*			
One pair of standard plastic prescription lenses: • Single vision lenses • Bifocal lenses • Trifocal lenses • Lenticular lenses	 $10 copay $10 copay $10 copay $10 copay	 Up to $25 reimbursement Up to $40 reimbursement Up to $55 reimbursement Up to $55 reimbursement	Once every calendar year
Eyeglass Lens Enhancements When obtaining covered eyewear from a Blue View Vision provider, you may choose to add any of the following lens enhancements at no extra cost.			
• Transitions Lenses (for a child under age 19) • Standard polycarbonate (for a child under age 19) • Factory scratch coating	$0 copay $0 copay $0 copay	No allowance when obtained out-of-network	Same as covered eyeglass lenses
Contact Lenses *(instead of eyeglass lenses)* Contact lens allowance will only be applied toward the first purchase of contacts made during a benefit period. Any unused amount remaining cannot be used for subsequent purchases in the same benefit period, nor can any unused amount be carried over to the following benefit period.			
• Elective conventional (non-disposable) OR • Elective disposable OR • Non-elective (medically necessary)	$175 allowance, then 15% off any remaining balance $175 allowance *(no additional discount)* Covered in full	Up to $140 reimbursement Up to $140 reimbursement Up to $200 reimbursement	Once every calendar year

This is a primary vision care benefit intended to cover only routine eye examinations and corrective eyewear. Blue View Vision is for routine eye care only. If you need medical treatment for your eyes, visit a participating eye care doctor from your medical network. Benefits are payable only for expenses incurred while the group and insured person's coverage is in force. This information is intended to be a brief outline of coverage. All terms and conditions of coverage, including benefits and exclusions, are contained in the member's policy, which shall control in the event of a conflict with this overview. This benefit overview is only one piece of your entire enrollment package.

EXCLUSIONS & LIMITATIONS (not a comprehensive list – please refer to the member Certificate of Coverage for a complete list)

Combined Offers. Not to be combined with any offer, coupon, or in-store advertisement.
Excess Amounts. Amounts in excess of covered vision expense.
Sunglasses. Plano sunglasses and accompanying frames.
Safety Glasses. Safety glasses and accompanying frames.
Not Specifically Listed. Services not specifically listed in this plan as covered services.
Lost or Broken Lenses or Frames. Any lost or broken lenses or frames are not eligible for replacement unless the insured person has reached his or her normal service interval as indicated in the plan design.
Non-Prescription Lenses. Any non-prescription lenses, eyeglasses or contacts. Plano lenses or lenses that have no refractive power.
Orthoptics. Orthoptics or vision training and any associated supplemental testing.

OPTIONAL SAVINGS AVAILABLE FROM BLUE VIEW VISION IN-NETWORK PROVIDERS ONLY		In-network Member Cost (after any applicable copay)
Retinal Imaging - at member's option can be performed at time of eye exam		Not more than $39

Eyeglass lens upgrades
When obtaining eyewear from a Blue View Vision provider, you may choose to upgrade your new eyeglass lenses at a discounted cost. Eyeglass lens copayment applies.
	• Transitions lenses (Adults)
	• Standard Polycarbonate (Adults)
	• Tint (Solid and Gradient)
	• UV Coating
	• Progressive Lenses[1]
	  • Standard
	  • Premium Tier 1
	  • Premium Tier 2
	  • Premium Tier 3
	• Anti-Reflective Coating[2]
	  • Standard
	  • Premium Tier 1
	  • Premium Tier 2
	• Other Add-ons
		$75
		$0
		$0
		$0
		
		$20
		$40
		$50
		$65
		
		$20
		$32
		$43
		20% off retail price

Additional Pairs of Eyeglasses Anytime from any Blue View Vision network provider.	• Complete Pair • Eyeglass materials purchased separately	40% off retail price 20% off retail price
Eyewear Accessories	• Items such as non-prescription sunglasses, lens cleaning supplies, contact lens solutions, eyeglass cases, etc.	20% off retail price
Contact lens fit and follow-up A contact lens fitting and up to two follow-up visits are available to you once a comprehensive eye exam has been completed.	• Standard contact lens fitting[3] • Premium contact lens fitting[4]	Up to $20 10% off retail price
Conventional Contact Lenses	• Discount applies to materials only	15% off retail price

[1] Please ask your provider for his/her recommendation as well as the available progressive brands by tier.

[2] Please ask your provider for his/her recommendation as well as the available coating brands by tier.

[3] Standard fitting includes spherical clear lenses for conventional wear and planned replacement. Examples include but are not limited to disposable and frequent replacement.

[4] Premium fitting includes all lens designs, materials and specialty fittings other than standard contact lenses. Examples include but are not limited to toric and multifocal.

Discounts are subject to change without notice. Discounts are not 'covered benefits' under your vision plan and will not be listed in your certificate of coverage. Discounts will be offered from in-network providers except where state law prevents discounting of products and services that are not covered benefits under the plan. Discounts on frames will not apply if the manufacturer has imposed a no discount policy on sales at retail and independent provider locations. Some of our in-network providers include:

INDEPENDENT PROVIDER NETWORK + LENSCRAFTERS PEARLE VISION TARGET OPTICAL

Online stores:

GLASSES.COM glasses.com | contactsdirect contactsdirect.com | 1800contacts 1800contacts.com | LENSCRAFTERS lenscrafters.com | TARGET OPTICAL targetoptical.com | Ray-Ban ray-ban.com/insurance

ADDITIONAL SAVINGS AVAILABLE THROUGH ANTHEM'S SPECIAL OFFERS PROGRAM *

Savings on items like additional eyewear after your benefits have been used, non-prescription sunglasses, hearing aids and even LASIK laser vision correction surgery are available through a variety of vendors. Just **log in at anthem.com**, select discounts, then Vision, Hearing & Dental.

* Discounts cannot be used in conjunction with your covered benefits.

OUT-OF-NETWORK

If you choose to receive covered services or purchase covered eyewear from an out-of-network provider, network discounts will not apply and you will be responsible for payment of services and/or eyewear materials at the time of service. Please complete an out-of-network claim form and submit it along with your itemized receipt to the fax number, email address, or mailing address below. To download a claim form, log in at **anthem.com**, or from the home page menu under Support select Forms, click Change State to choose your state, and then scroll down to Claims and select the Blue View Vision Out-of-Network Claim Form. You may instead call member services at **1-844-402-5347** to request a claim form.

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

Transitions and the swirl are registered trademarks of Transitions Optical, Inc.
Anthem Blue Cross and Blue Shield is the trade name of: In Indiana: Anthem Insurance Companies, Inc. In Kentucky: Anthem Health Plans of Kentucky, Inc. In Missouri (excluding 30 counties in the Kansas City area): RightCHOICE® Managed Care, Inc. (RIT), Healthy Alliance® Life Insurance Company (HALIC), and HMO Missouri, Inc. RIT and certain affiliates administer non-HMO benefits underwritten by HALIC and HMO benefits underwritten by HMO Missouri, Inc. RIT and certain affiliates only provide administrative services for self-funded plans and do not underwrite benefits. In Ohio: Community Insurance Company. In Wisconsin: Blue Cross Blue Shield of Wisconsin (BCBSWI), underwrites or administers PPO and indemnity policies and underwrites the out of network benefits in POS policies offered by Compcare Health Services Insurance Corporation (Compcare) or Wisconsin Collaborative Insurance Company (WCIC). Compcare underwrites or administers HMO or POS policies; WCIC underwrites or administers Well Priority HMO or POS policies. Independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. ANTHEM is a registered trademark of Anthem Insurance Companies, Inc. The Blue Cross and Blue Shield names and symbols are registered marks of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Blue View Vision Insight℠
Commonwealth of Kentucky
Plan Gold

Anthem

¡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**, 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 al **1-844-402-5347** para recibir asistencia.

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 $35	Una vez por año calendario
Marcos de anteojos			
Un par de marcos de anteojos	Asignación de $150 y luego descuento del 20% en el saldo restante	Reembolso de hasta $75	Una vez por año calendario
Lentes para anteojos *(en lugar de lentes de contacto)*			
Un par de lentes recetados de plástico estándar: o Lentes unifocales o Lentes bifocales o Lentes trifocales o Lentes lenticulares	 Copago de $10 Copago de $10 Copago de $10 Copago de $10	 Reembolso de hasta $25 Reembolso de hasta $40 Reembolso de hasta $55 Reembolso de hasta $55	Una vez por año calendario
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.			
o Lentes Transitions (para un hijo menor de 19 años de edad) o Policarbonato estándar (para un hijo menor de 19 años de edad) o Revestimiento antirrayaduras de fábrica	Copago de $0 Copago de $0 Copago de $0	Sin asignación si se obtuvieron fuera de la red	Igual que para lentes para anteojos cubiertos
Lentes de contacto *(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.			
o Optativos convencionales (no descartables) O BIEN o Optativos descartables O BIEN o No optativos (necesarios por motivos médicos)	Asignación de $175, luego un descuento del 15% del saldo restante Asignación de $175 *(sin descuentos adicionales)* Cobertura total	Hasta un reembolso de $140 Hasta un reembolso de $140 Reembolso de hasta $200	Una vez por año calendario

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.

Ortóptica. 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 dentro de la red para miembros (después de todo copago que corresponda)
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 progresivos[1]
	  ∘ Estándar
	  ∘ Nivel 1 premium
	  ∘ Nivel 2 premium
	  ∘ Nivel 3 premium
	∘ Revestimiento antirreflejante[2]
	  ∘ Estándar
	  ∘ Nivel 1 premium
	  ∘ Nivel 2 premium
	∘ Otras adiciones
		
		$75
		$0
		$0
		$0
		
		$20
		$40
		$50
		$65
		
		$20
		$32
		$43
		Descuento del 20% en el precio minorista

Par de anteojos adicional En todo momento de cualquier proveedor de la red 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 estándar de lentes de contacto[3] ∘ Ajuste premium de lentes de contacto[4]	Hasta $20 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 de especialidad 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:

INDEPENDENT PROVIDER NETWORK + LENSCRAFTERS PEARLE VISION TARGET OPTICAL

Online stores:

GLASSES.COM glasses.com | contactsdirect contactsdirect.com | 1800contacts 1800contacts.com | LENSCRAFTERS lenscrafters.com | TARGET OPTICAL targetoptical.com | Ray-Ban ray-ban.com/insurance

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**, seleccione Discounts (Descuentos), 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**, 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 **1-844-402-5347** 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

Transitions y el logotipo en forma de remolino son marcas comerciales registradas de Transitions Optical, Inc.
Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de: En Indiana: Anthem Insurance Companies, Inc. En Kentucky: Anthem Health Plans of Kentucky, Inc. En Missouri (con excepción de los 30 condados del área de Kansas City): RightCHOICE® Managed Care, Inc. (RIT), Healthy Alliance® Life Insurance Company (HALIC), y HMO Missouri, Inc. RIT y ciertos afiliados administran beneficios garantizados por HALIC que no pertenecen a HMO y beneficios HMO garantizados por HMO Missouri, Inc. RIT y algunos afiliados brindan solamente servicios administrativos para planes autofinanciados y no garantizan beneficios. En Ohio: Community Insurance Company. En Wisconsin: Blue Cross Blue Shield of Wisconsin (BCBSWI) asegura o administra las pólizas PPO y de indemnización, y asegura los beneficios fuera de la red de pólizas POS ofrecidas por Compcare Health Services Insurance Corporation (Compcare) o Wisconsin Collaborative Insurance Company (WCIC). Compcare garantiza o administra las pólizas de los planes HMO o POS; WCIC garantiza o administra las pólizas de los planes HMO o POS de Well Priority. Licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y los símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.