

Resumen de beneficios de visión

Número de Grupo: 00532649

¿Por qué elegir Guardian para su seguro oftalmológico?

Por solo unos pocos dólares al mes, esta cobertura le ahorra dinero en bienestar óptico, además de ofrecer descuentos en anteojos, lentes de contacto y servicios oftalmológicos correctivos

- Amplia red de oftalmólogos y profesionales médicos
- Cobertura económica
- Pagos de reclamos rápidos y fáciles

Acerca de sus Beneficios:

Opción 1: Importantes ahorros de bolsillo disponibles con su plan **Full Feature** si visita uno de nuestros centros VSP de la red, incluyendo las redes más grandes de proveedores de consultorios privados, Visionworks y los centros contratados Pearle Vision.

Su plan de visión	Full Feature	
Su red es	VSP Choice Network	
Su prima quincenal	\$ 4.19	
Usted y 1 dependiente	\$ 6.36	
Usted, su cónyuge/pareja doméstica e hijo(s)	\$ 11.18	
Copago		
Copago de exámenes	\$ 10	
Copago de materiales (renunciado para lentes de contacto electivos)	\$ 25	
Muestra de servicios cubiertos	Usted paga (después del copago, si corresponde):	
	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Examen de vista	\$0	Monto por encima de \$39
Lentes monofocales	\$0	Monto por encima de \$23
Lentes bifocales con línea divisora	\$0	Monto por encima de \$37
Lentes trifocales con línea divisora	\$0	Monto por encima de \$49
Lentes lenticulares	\$0	Monto por encima de \$64
Monturas	80% del monto por encima de \$130 ¹	Monto por encima de \$46
Límite de Armazón de Costco	Monto por encima de \$70	
Lentes de contacto (<i>Electivos</i>)	Monto por encima de \$130	Monto por encima de \$100
Lentes de contacto (<i>necesarios por razones médicas</i>)	\$0	Monto por encima de \$210
Lentes de contacto (<i>examen de evaluación y ajuste</i>)	Hasta un \$60	No Aplicable
Adiciones cosméticas	Promedio de 20% a 25% del precio minorista	Sin descuentos
Gafas (<i>par adicional de monturas y lentes</i>)	20% de descuento sobre el precio minorista**	Sin descuentos
Descuentos por cirugías correctivas con láser	Hasta un 15% de descuento sobre el cargo usual o un 5% de descuento sobre el precio promocional	Sin descuentos

Frecuencias de Servicio

Exámenes	Cada año calendario
Lentes (<i>para gafas o lentes de contacto</i>) ‡‡	Cada año calendario
Monturas	Cada dos años calendario ‡‡‡
Descuentos dentro de la red (servicio profesional por lentes de contacto y gafas, adiciones cosméticas)	Sin límite dentro de los 12 meses del examen

Su plan de visión	Full Feature
Límites de edad del dependiente	26
Para encontrar a un Proveedor:	Regístrese en VSP.com para encontrar a un proveedor participante.

VSP

- ‡‡ Los beneficios incluyen cobertura de gafas o lentes de contacto, no ambos.
- ** Para que se aplique el descuento, su compra debe realizarse dentro de los 12 meses del examen de la vista.
- Solo los cargos de una compra inicial pueden utilizarse como monto autorizado para materiales. Los saldos no utilizados restantes luego de la compra inicial no pueden guardarse para utilizarse en el futuro. La única excepción sería si un miembro compra lentes de contacto de un proveedor fuera de la red, en cuyo caso puede utilizar el saldo para lentes de contacto adicionales dentro del mismo período de beneficios.
- † Extra \$20 en marcas seleccionadas.
- Los miembros pueden usar sus beneficios de la red en línea en Eyeconic.com.
- ‡‡‡ El sistema VSP considera que los lentes de contacto equivalen a un par completo de gafas (lentes y monturas), de manera que si bien el miembro puede obtener lentes de contacto un año y gafas estándar al año siguiente, el beneficio de montura no estaría disponible hasta cumplirse los 24 meses o dos años calendario, según el diseño del plan, a partir de la fecha en que el miembro obtuvo los lentes de contacto.

Este documento es un resumen de las principales características de la cobertura de seguro de referencia. Es solo para fines ilustrativos y no constituye un contrato. Los documentos del plan de seguro, que incluyen la póliza y el certificado, conforman el contrato de cobertura. La descripción completa del plan, incluidos los beneficios y todos los términos, limitaciones y exclusiones que se aplican, se incluirán en su certificado de seguro. Los documentos del plan son el árbitro definitivo de la cobertura. Los términos de cobertura pueden variar según el estado y el plan vendido real. Los montos de las primas reflejadas en este resumen son una aproximación; en caso de discrepancia entre este monto y la prima realmente facturada, prevalece esta última.

Gestione sus beneficios:

Visite www.GuardianAnytime.com para acceder a la información segura sobre sus beneficios de Guardian, incluido el acceso a una imagen de su tarjeta de identificación. Su cuenta en línea se configurará dentro de 30 días luego de la fecha de entrada en vigencia de su plan.

¿Necesita asistencia?

Llame a la Línea de Ayuda de Guardian al (888) 600-1600, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:30 p.m., horario de la costa Este. Consulte su identificación de miembro (número de seguro social) y su número de plan: 00532649.

Llame a la Línea de Ayuda de Guardian si necesita usar sus beneficios dentro de los 30 días de la fecha de entrada en vigencia del plan. Tenga en cuenta que no se encuentran disponibles las opciones de autoservicio por teléfono o en línea en Guardian Anytime hasta que se implemente por completo el caso, espere para hablar con un agente cuando llame a la Línea de Ayuda de Guardian.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Información importante: Esta póliza sólo proporciona seguromédico de beneficios limitados para la atención de la visión. No proporciona seguro básico de hospital ni seguromédico básico o mayor, tal como los define el New York State Insurance Department. La cobertura se limita a aquellos cargos que resultan necesarios para efectuar un examen de visión de rutina. Se aplican copagos. El plan no paga lo siguiente: ejercicios ortópticos o instrucción visual y todas las pruebas suplementarias relacionadas; tratamiento médico o quirúrgico de los ojos y exámenes de la visión o dispositivos correctivos de la vista que exija un empleador como condición para el empleo; lentes y monturas provistos por este plan que se pierdan o rompan (excepto en los intervalos normales, cuando de todas formas se ofrecerían los servicios, o cuando existe una garantía). El plan limita los beneficios para lentesmixtos, lentes de tamaño especial, lentes fotocromáticos, lentes de color, lentes multifocales progresivos, lentes recubiertos o lamindos, monturas que excedan el importe autorizado del plan, lentes cosméticos, lentes con protección para rayos ultravioleta y procesos cosméticos opcionales. Los servicios, exclusiones, y limitaciones

indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-I-VSN-96-VIS y otros.

Cirugía correctiva con láser:

Descuentos de entre un 10% y un 20% sobre el cargo usual y acostumbrado o un 5% de descuento sobre el precio promocional de cirugía de la vista con láser. Los gastos de bolsillo de los socios están limitados a \$1,800 por cada ojo para LASIK, \$1,500 por cada ojo para PRK y \$2,300 por cada ojo para Custom LASIK, Custom PRK o Bladeless LASIK.

La cirugía con láser no es un beneficio cubierto, pero se ofrecen descuentos en los correspondientes honorarios. La persona cubierta debe pagar la totalidad del honorario reducido. También puede ocurrir que los descuentos para cirugía láser no se ofrezcan en todos los estados.