

# Plan oftalmológico PrimeStar® Choice

## Seguro oftalmológico individual

• No hay periodos de espera

• No hay tarifas para la inscripción

### Detalles del plan

|   | Dentro de la red       | Fuera de la red            |
|---|------------------------|----------------------------|
| <b>Frecuencias de beneficios</b>  |                        |                            |
| Examen  |                        | Cada 12 meses              |
| Anteojos o lentes de contacto   |                        | Cada 12 meses              |
| Armazones   |                        | Cada 12 meses              |
| <b>Deducible</b>  |                        | \$10 Examen                |
| Por persona, por año (con base en la fecha de servicio)                     |                        | \$20 en lentes o armazones |
| <b>Examen anual de la vista</b>   | Cubierto al 100%       | Hasta \$45                 |
| <b>Lentes</b>   |                        |                            |
| Monofocales   | Cubierto al 100%       | Hasta \$30                 |
| Bifocales   | Cubierto al 100%       | Hasta \$50                 |
| Trifocales  | Cubierto al 100%       | Hasta \$65                 |
| Lenticulares  | Cubierto al 100%       | Hasta \$100                |
| <b>Armazones</b>  | Up to \$150            | Hasta \$70                 |
| <b>Lentes de contacto</b>   |                        |                            |
| Opcionales  | Up to \$150            | Hasta \$105                |
| Prueba y exámenes de seguimiento  | Member cost up to \$60 | No hay beneficios          |
| <b>Opciones de lentes y recubrimientos, costo para el miembro del plan*</b> |                        |                            |
| Policarbonato estándar  | \$31-\$35              | No hay beneficios          |
| Polarizado (excepto rosa I & II)  | \$34-\$44              | No hay beneficios          |
| Resistente a rayones  | \$17                   | No hay beneficios          |
| Antirreflejo  | \$41                   | No hay beneficios          |
| Ultravioleta  | \$16                   | No hay beneficios          |

\* Conforme a las leyes que así apliquen, los costos reducidos pueden variar según la ubicación de los doctores.

| Tarifas Mensuales                               | Resto de los estados | FL, MN, MS |
|---|----------------------|------------|
| Titular de la póliza                            | \$16.34              | \$13.07    |
| Titular de la póliza más un dependiente         | \$30.07              | \$24.06    |
| Titular de la póliza más dos o más dependientes | \$44.94              | \$35.95    |

El plan no está disponible en Maryland, Massachusetts, Montana, Rhode Island y Washington.

## Red de proveedores oftalmológicos

VSP le ofrece la red de proveedores independientes más grande del país. Encuentre un proveedor de la red VSP en el sitio [vsp.com](http://vsp.com).



**Tiendas de menudeo.** Entre las cadenas de menudeo que aceptan el seguro VSP se encuentran Costco Optical\*, Sam's Club, Visionworks y Walmart.

**Opciones en línea.** Los titulares de las pólizas pueden navegar y comprar en línea anteojos y artículos de la vista en el sitio [eyeconic.com](http://eyeconic.com) además de obtener las últimas ofertas. Eyeconic es parte de la red VSP y los beneficios oftalmológicos se aplicarán directamente a la orden en línea.



**Ahorros VSP.** Los titulares de la póliza podrán aprovechar el descuento de 20% sobre el restante en provisión de armazones, anteojos con receta adicionales y opciones en lentes no cubiertos. Recibirán \$20 dólares extra para gastarlos en marcas disponibles de armazones. El descuento para la corrección de la vista a través de láser puede usar en procedimientos LASIK o PRK.



\*No todos los proveedores en las sucursales de Costco son proveedores de la red VSP. Le pedimos que verifique que el proveedor pertenezca a la red VSP antes de buscar servicios. La provisión para armazones en algunas tiendas puede ser menor debido a los precios de mayoreo.

### Acceso a los beneficios

Después de que comience la cobertura del titular de la póliza, puede abrir una cuenta en [ameritas.com](http://ameritas.com) y tener acceso a la información de los beneficios. El historial de reclamos está disponible en la cuenta VSP en [vsp.com](http://vsp.com) o en la aplicación móvil de VSP.

Comuníquese con Ameritas si tiene preguntas acerca de la facturación, tarjeta de identificación o de la red:

800-659-2223

De lunes a jueves de 7 de la mañana a 7 de la noche y los viernes de 7 de la mañana a 5:30 de la tarde (hora del Centro)

## Limitaciones y exclusiones del plan oftalmológico

Este plan no cubre:

- Servicios y/materiales que no estén específicamente incluidos en este programa como beneficios cubiertos del plan,
- Lentes sin prescripción (lentes cuya corrección refractiva sea menor a  $\pm .50$  dioptrías), excepto si así se permite específicamente en la sección de abajo de beneficios en armazones,
- Servicios o materiales que sean estéticos, lo cual incluye lentes de contacto sin aumento para cambiar el color de ojo y lentes de contacto dibujados artísticamente,
- Dos pares de lentes que sustituyan los bifocales,
- Reemplazo de lentes para anteojos, armazones y/o lentes de contacto proporcionados por este plan que hayan sido extraviados o sufrido de un daño, excepto en los intervalos normales de tiempo, durante los cuales los servicios estuvieron disponibles,
- Entrenamiento de la visión ortóptica o de oftalmología y cualquier prueba relacionada.
- Cirugía o tratamiento médico en los ojos,
- Modificación de lentes de contacto, pulido o limpieza.
- El reajuste de lentes de contacto después del periodo inicial de ajuste (90 días).
- Pólizas de seguro en lentes de contacto o contratos de servicios.
- Visitas adicionales al consultorio relacionadas a patología de lentes de contacto.
- Impuestos locales, estatales y/o federales, excepto los que las leyes exigen que se nos paguen,
- Tarifas de membresía de cualquier centro comercial en el cual esté localizado el consultorio de un proveedor afiliado o de acceso abierto. A las personas con cobertura se les podrá exigir comprar una membresía en dichos establecimientos como una condición para tener acceso al plan de beneficios.

*Este folleto destaca la cobertura oftalmológica que se encuentra disponible a través de Ameritas Life Insurance Corp. Consulte su Certificado de Seguro para obtener una lista completa de los procedimientos cubiertos.*



Ameritas Life Insurance Corp.  
Ameritas Life Insurance Corp. of New York

Esta información la proporciona Ameritas Life Insurance Corp. (Ameritas Life) y Ameritas Life Insurance Corp. of New York (Ameritas of New York). Ameritas Life distribuye productos dentales, oftalmológicos y de audición, 9000 Rev. 03-16 para seguro grupal y 9000 Rev. 02-19 para seguro individual, las fechas pueden variar por estado) en todos los estados excepto en Nueva York. Ameritas of New York distribuye productos dentales y oftalmológicos (9000 NY Rev. 03-15 para seguro grupal y 9000 NY Rev. 03-18 para seguro individual) en Nueva York. Las redes de proveedores dentales y oftalmológicos no están disponibles en el estado de Rhode Island (RI). En Texas, nuestra red y planes dentales se les conocen como Ameritas Dental Network. Algunos estados exigen que los productores de seguros sean certificados por nosotros antes de ofrecer los productos. Para obtener una certificación de Ameritas Life, comuníquese al 800-659-2223. Para obtener una certificación de Ameritas of New York, llame al teléfono 800-201-8562. Ameritas, el diseño del bisonte y "fulfilling life" son marcas o servicios registrados a nombre de Ameritas Life, de su filial Ameritas Holding Company o Ameritas Mutual Holding Company. © 2021 Ameritas Mutual Holding Company.