

Cobertura de la vista para adultos de edad avanzada

# Premiere Vision

Obtenga una cobertura de la vista que puede ofrecerle ahorros en servicios esenciales de cuidado de la vista, como exámenes y anteojos con receta, beneficios que no están incluidos en su plan Medicare Original.



# Cobertura para sus necesidades de cuidado de la vista.

Un examen anual de la vista ofrece mucho más que una vista saludable. Puede ayudar a identificar los primeros signos de condiciones de salud graves, como diabetes y presión arterial alta.

Nuestro plan **Premiere Vision** ofrece acceso a **miles de proveedores de la red en todo el país** a través de la red de proveedores independientes "Select" de EyeMed Vision Care y **cadenas de venta al por menor**. Visite [EyeMedVisionCare.com/Locator](http://EyeMedVisionCare.com/Locator) para encontrar centros participantes en su área.



## 1 de cada 3 adultos

tendrá una enfermedad ocular que le disminuirá la vista antes de los 65 años<sup>1</sup>



## La salud general

puede verse afectada negativamente por la pérdida de la vista<sup>2</sup>



## La dificultad para identificar

medicamentos puede tener graves consecuencias<sup>3</sup>

## Un vistazo al plan Premiere Vision



100% de cobertura para exámenes de la vista de rutina<sup>4</sup>



Cobertura disponible para usted y su cónyuge



Descuentos en lentes de contacto y ahorros adicionales con EyeMed<sup>5</sup>  
Complementa su plan de seguro Original Medicare



Primas económicas que no aumentan con la edad, manteniendo la cobertura individual, por \$10 al mes



Amplia red de proveedores para elegir. Para ver una lista de proveedores participantes, visite [EyeMedVisionCare.com](http://EyeMedVisionCare.com)

<sup>1</sup>[www.aafp.org/afp/1999/0701/p99.html](http://www.aafp.org/afp/1999/0701/p99.html) | <sup>2</sup>Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, "Falls Among Persons Aged ≥65 Years With and Without Severe Vision Impairment – United States, 2014", mayo de 2016 | <sup>3</sup>American Foundation® for the Blind, [www.afb.org/section.aspx?SectionID=68&TopicID=320&DocumentID=3374&rewrite=0](http://www.afb.org/section.aspx?SectionID=68&TopicID=320&DocumentID=3374&rewrite=0) | <sup>4</sup>Por persona asegurada, por período de 12 meses. | <sup>5</sup>EyeMed es un programa de descuentos solamente y no es un seguro.

**PLAN DE LA VISTA ASEGURADO<sup>1,2</sup>****Proveedor de la red**

Examen de la vista	100%, sin copago
Lentes correctivas para anteojos (lentes plásticas estándares sin recubrimiento) (en lugar de lentes de contacto correctivas)	Copago de \$10
Marcos (en lugar de lentes de contacto correctivas)	Copago de \$10 con asignación de \$120
Lentes de contacto correctivas (en lugar de lentes correctivas para anteojos y marcos)	Copago de \$10 con asignación de \$120

**AHORROS ADICIONALES CON EYEMED VISION CARE<sup>3</sup>**

Además de los beneficios de su plan de la vista asegurado, tiene acceso a los siguientes descuentos a través de EyeMed, donde paga:

Marcos	20% de descuento sobre el saldo que supere los \$120 de asignación
Lentes de contacto no desechables	15% de descuento sobre el saldo que supere los \$120 de asignación
Beneficios para pares adicionales	Los miembros también reciben un descuento del 40% por un par completo de anteojos y un 15% de descuento en lentes de contacto convencionales luego de que se usan los beneficios cubiertos.
Opciones de lentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Policarbonato estándar: \$40</li> <li>• Recubrimiento resistente a rayaduras PRS: \$15</li> <li>• Lentes tonalizadas (color uniforme o degradado): \$15</li> <li>• Recubrimiento para UV estándar: \$15</li> <li>• Antirreflectante estándar: \$45</li> <li>• Otras opciones de lentes: 20% de descuento en venta al por menor</li> </ul>
Artículos no programados	20% de descuento en venta al por menor
Corrección de la vista LASIK o PRK	15% de descuento en venta al por menor o 5% de descuento en precio promocional

**PRIMAS MENSUALES**

<b>Individual</b>	<b>\$10<sup>00</sup></b>
<b>Dos personas</b>	<b>\$18<sup>00</sup></b>

El cuadro anterior es solo una ilustración de las opciones de beneficios y primas por persona asegurada por período de 12 meses. | <sup>1</sup>Por persona asegurada, por período de 12 meses | <sup>2</sup>Los beneficios se reducen en el caso de que se usen proveedores fuera de la red. Los exámenes de la vista fuera de la red se cubren en un 100% hasta \$30 por persona, por período de 12 meses; los otros servicios fuera de la red no tienen cobertura a menos que se indique lo contrario. Consulte los detalles en la Póliza. Para ver una lista de proveedores participantes, visite EyeMedVisionCare.com y elija la red "Select" | <sup>3</sup>EyeMed es un programa de descuentos solamente y no es un seguro. Este programa proporciona descuentos únicamente con ciertos proveedores contratados. Usted está obligado a pagar todas las tarifas al momento de recibir el servicio, pero recibirá un descuento de los proveedores que tengan contrato con EyeMed. El programa no realiza pagos directamente a los proveedores de servicios.

## Aviso sobre el seguro complementario para nuestros clientes

- El plan complementario que se describe en este documento no se relaciona con ninguna cobertura de seguro de salud que haya comprado a otra compañía de seguros.
- Este plan proporciona cobertura opcional con una prima adicional. Su objetivo es complementar el seguro de salud y proporcionar protección adicional.
- No es obligatorio contar con este plan a fin de comprar un seguro de salud a otra compañía de seguros.
- Este plan no debe usarse en reemplazo de un seguro de salud con cobertura integral. No se lo considera una Cobertura Esencial Mínima en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.



## AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS QUE TIENEN MEDICARE. ESTE NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE.

**Algunos servicios para el cuidado de la salud pagados por Medicare también pueden dar lugar al pago de beneficios en virtud de la Póliza.**

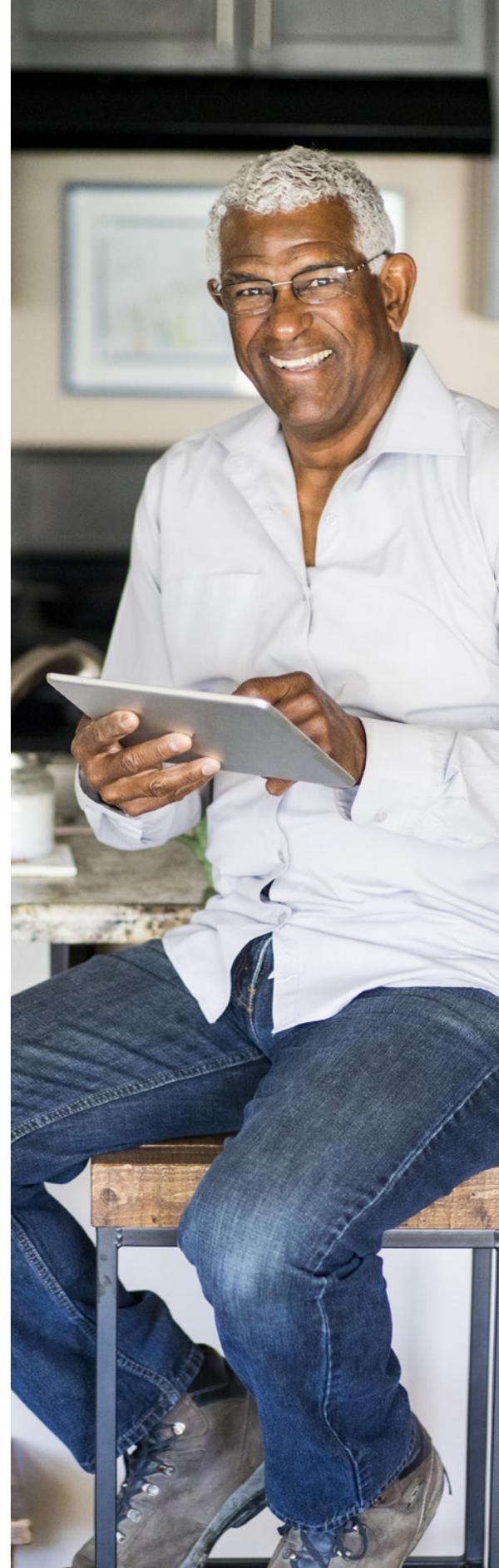
Si cumple con las condiciones de la Póliza, este seguro proporciona beneficios limitados por los gastos relacionados con los servicios específicos que se detallan en la Póliza. No paga los deducibles o coseguros de Medicare, ni reemplaza ningún Seguro Complementario de Medicare.

**Medicare paga beneficios extensos por servicios médicamente necesarios, independientemente del motivo por el cual los necesite. Esto incluye lo siguiente:**

- Hospitalización
- Servicios de un médico
- Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios si está inscrito en la Parte D de Medicare
- Otros artículos y servicios aprobados

### ANTES DE COMPRAR ESTE SEGURO

- ✓ Verifique la cobertura que ofrecen **todas** las pólizas de seguro de salud que tenga.
- ✓ Para obtener más información sobre Medicare y el Seguro Complementario de Medicare, revise la *Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare*, disponible en la compañía de seguros.
- ✓ Para solicitar ayuda para comprender su seguro de salud, comuníquese con el departamento de seguros de su estado o con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).



## Otra información importante

### EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

#### No se proporcionarán beneficios en virtud de la Póliza para gastos relacionados con lo siguiente:

Entrenamiento visual u ortóptico y las evaluaciones complementarias asociadas | Lentes de venta libre | Recubrimiento de lentes | Dos pares de anteojos, en lugar de bifocales o trifocales | Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos | Cualquier tipo de cirugía correctiva de la vista, incluida la cirugía LASIK | Cualquier examen médico de la vista o antejo correctivo exigido por un empleador como condición de empleo<sup>1</sup> | Servicios o suministros pagados en virtud de la Ley de Seguro de Accidentes Laborales o una ley similar | Lentes progresivas o bifocales sin línea | Lentes fotocromáticas, de transición o de policarbonato<sup>2</sup> | Lentes lenticulares | Lentes sin receta o dispositivos para visión subnormal | Servicios prestados o suministros comprados fuera de los EE. UU. o Canadá, a menos que la persona asegurada resida en los EE. UU. o Canadá y los cargos se incurran durante un viaje de negocios o placer | Anteojos cuando el cambio en la receta sea de menos de 0.5 de dioptría | Tratamiento o dispositivo experimental, de investigación o no convencional | Tratamientos de lentes para anteojos, lo que incluye accesorios, recubrimiento para UV, recubrimiento antirreflectante, recubrimiento resistente a rayaduras, tonalización o pulido de bordes<sup>3</sup> | Lentes de tamaño extragrande | Lentes de índice alto de cualquier tipo de material | Ajuste de lentes de contacto<sup>4</sup> | Visitas de seguimiento | Cargos incurridos después de que la Póliza se ha cancelado y la cobertura ha terminado.

#### Información sobre la cobertura:

**INICIO DE LA COBERTURA:** Chesapeake exige evidencia de asegurabilidad antes de proporcionar cobertura. Una vez que Chesapeake apruebe la solicitud y usted pague la prima, la cobertura comenzará en la fecha de la Póliza que figura en el programa de la Póliza.

**RENOVABILIDAD:** Su Póliza tiene renovabilidad garantizada, sujeto al derecho de Chesapeake a discontinuar o cancelar la cobertura tal como se establece en la sección de cancelación de la cobertura de la Póliza.<sup>5</sup>

**CAMBIOS EN LA PRIMA:** Chesapeake se reserva el derecho a cambiar la tabla de primas, a nivel de cada clase, pagaderas en virtud de la Póliza, en cualquier momento y de manera periódica, siempre y cuando le haya dado aviso por escrito al menos 31 días antes de la fecha de vigencia de las nuevas tarifas. El cambio se hará a nivel de cada clase.<sup>6</sup>

**CANCELACIÓN DE LA COBERTURA:** Su cobertura se cancelará y no habrá beneficios pagaderos en virtud de la Póliza o cualquier cláusula adicional adjunta: Al final del período por el que se ha pagado la prima<sup>7</sup> | Si la modalidad de pago de la prima es mensual, al final del período por el que se ha pagado la prima luego de que recibamos su solicitud de cancelación | Si la modalidad de pago de la prima no es mensual, después de la siguiente fecha de aniversario mensual luego de que recibamos su solicitud de cancelación. Las primas que se paguen con posterioridad a la fecha de cancelación serán reembolsadas | En la fecha en que usted cometa un fraude o haga una declaración falsa<sup>8</sup> | En la fecha en que elijamos discontinuar este plan o tipo de cobertura, o toda la cobertura en su estado<sup>9</sup> | En la fecha en que la persona asegurada deje de ser residente permanente en los Estados Unidos | La cobertura de su dependiente se cancelará al finalizar el mes siguiente a la fecha en que dicho dependiente deje de cumplir los requisitos como tal.

California: se añade la exclusión "anteojos correctivos exigidos por su empleador como condición de empleo" | <sup>1</sup>California: se modifica para decir "exámenes médicos de la vista exigidos por su empleador como condición de empleo" | <sup>2</sup>California: se modifica para decir "lentes fotocromáticas, de transición, de policarbonato, polarizadas o de tamaño extragrande" | <sup>3</sup>California: se reemplaza "lo que incluye accesorios" por "como" | <sup>4</sup>California: se modifica para decir "un cargo separado del examen anual para el ajuste de lentes de contacto" | <sup>5</sup>Iowa, Tennessee, Minnesota: se cambia "garantizada" por "condicional" | <sup>6</sup>Mississippi, Wisconsin: se modifica "31 días" para decir "60 días" | <sup>7</sup>Nebraska: se añade "(sujeto al período de gracia)" | <sup>8</sup>Alabama: se añade al final "sujeto a la disposición de Tiempo límite para determinadas defensas en la sección de Disposiciones generales" | <sup>9</sup>North Dakota: se elimina por completo

Para el uso en Alabama, Arizona, California, Colorado, District of Columbia, Delaware, Iowa, Indiana, Michigan, Minnesota, Mississippi, North Dakota, Nebraska, Tennessee, Wisconsin y Wyoming

Para ver una lista completa de beneficios, exclusiones y limitaciones, consulte su Póliza. En el caso de que haya discrepancias en este folleto, regirán los términos y condiciones que se establecen en los documentos de la Póliza. La información que contiene este documento es exacta al momento de su publicación. Este folleto solo ofrece información resumida y los beneficios y las tarifas pueden variar según el estado. Póliza de Seguro de la Vista de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), Formulario CH-26120-IP (01/12) o su variante estatal.

---

#### Exclusiones y limitaciones de EyeMed:

Entrenamiento visual u ortóptico, dispositivos para visión subnormal y evaluaciones complementarias asociadas | Lentes para aniseiconía | Tratamiento médico o quirúrgico de uno o los dos ojos, o estructuras de apoyo | Anteojos correctivos exigidos por un empleador como condición de empleo y anteojos de seguridad a menos que estén cubiertos específicamente por el plan | Servicios proporcionados como resultado de la Ley de Seguro de Accidentes Laborales | Lentes sin receta de venta libre y anteojos de sol sin receta (excepto el descuento del 20%) | Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio grupal que proporcione servicios de cuidado de la vista | Dos pares de anteojos en lugar de bifocales o trifocales.





Sortee las vicisitudes de la vida  
con la cartera de productos de seguros  
complementarios de SureBridge

**Accidentes | Planes dentales | Discapacidad**  
**Indemnización fija | Enfermedad | Metal Gap**  
**Planes de la vista**

**SureBridgeInsurance.com**  
**(800) 815-8535**

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., en todas las zonas horarias



## Acerca de nosotros

SureBridge es una de las marcas líderes en la cobertura de seguros complementarios de los Estados Unidos, y ayuda a proporcionar seguridad financiera a estadounidenses de todas las edades y sus familias. Nuestra cartera integral de productos está disponible a través de agentes de seguros con licencia en 46 estados y en el District of Columbia, y a través de HealthMarkets Insurance Agency Inc., además de otros distribuidores de seguros no afiliados. Los titulares de pólizas SureBridge pueden recibir beneficios directos en efectivo por gastos ocasionados por problemas médicos imprevistos, enfermedades prolongadas y dificultades al final de la vida.

La cartera de SureBridge incluye planes dentales, de la vista y otros planes de seguros que complementan el seguro de salud de la persona. Estos planes proporcionan un nivel adicional de protección en caso de lesiones accidentales, enfermedades catastróficas, hospitalización o cáncer.

SureBridge® es una marca registrada que se usa para productos de seguros y no relacionados con seguros ofrecidos por subsidiarias de HealthMarkets, Inc. Los productos de seguro complementario están asegurados por The Chesapeake Life Insurance Company®. Las oficinas administrativas se encuentran ubicadas en North Richland Hills, Texas. Los productos se comercializan a través de productores y agentes independientes. La disponibilidad de productos de seguros puede variar según el estado.

