

Cobertura de servicios para la vista para adultos de edad avanzada

Premiere Vision

Cobertura en servicios para la vista para que pueda ahorrar en el cuidado esencial, tales como beneficios de exámenes y anteojos de receta, que no están incluidos en su plan de Medicare Original.



CH SR PR VIS MA S 521

La versión en inglés de la póliza rige el contrato.

Cobertura para sus necesidades de cuidado de la vista.

Un examen anual de la vista le proporciona más que una vista sana. Puede ayudarle a identificar los primeros signos de enfermedades graves, como la diabetes y la hipertensión.

Nuestro plan de **Premiere Vision** le ofrece acceso a **miles de proveedores independientes en todo el país** a través de la red "Select" de EyeMed Vision Care y de **cadenas de tiendas minoristas**. Visite EyeMedVisionCare.com/Locator para conocer los establecimientos participantes en su área.



1 de cada 3 adultos

tendrá una enfermedad ocular a los 65 años, que reducirá su visión¹



La salud general

puede verse afectada por la pérdida de la vista²



Las dificultades para identificar

los medicamentos pueden tener consecuencias graves³

Información general de Premiere Vision



100% de cobertura en exámenes de la vista de rutina⁴



Cobertura para usted y su cónyuge



Descuentos en lentes de contacto y ahorros adicionales ofrecidos por EyeMed⁵ Complementa su plan de seguro de Medicare Original



Las primas son de bajo costo, no aumentan con la edad y la cobertura individual se ofrece por \$11 mensuales



Amplia red de proveedores. Si desea obtener una lista de los proveedores participantes, visite EyeMedVisionCare.com

¹www.aafp.org/afp/1999/0701/p99.html | ²Centros 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 | ³American Foundation[®] for the Blind, www.afb.org/section.aspx?SectionID=68&TopicID=320&DocumentID=3374&rewrite=0 | ⁴Por persona asegurada, por cada período de 12 meses. | ⁵EyeMed es solamente un programa de descuentos y no un seguro.

PLAN PARA LA VISTA ASEGURADO	Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red
Examen de la vista ¹	100%, sin copago	80%, sin copago
Lentes correctivos para anteojos ¹ (en lugar de lentes de contacto correctivos)	Lentes estándar de plástico sin recubrimiento, con \$10 de copago • 100%	Lentes estándar de plástico sin recubrimiento, con \$10 de copago • 80%
Marcos ^{1,2} (en lugar de lentes de contacto correctivos)	\$10 de copago 100% hasta \$120	\$10 de copago • 80%
Lentes de contacto correctivos ^{1,2,3} (en lugar de lentes correctivos y marcos para anteojos)	\$10 de copago 100% hasta \$120	\$10 de copago • 80%

AHORROS ADICIONALES DE EYEMED VISION CARE⁴

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

Marcos	20% de descuento sobre el saldo de \$120 de asignación
Lentes de contacto, no desechables	15% de descuento sobre el saldo de \$120 de asignación
Beneficio de pares adicionales	Los miembros también reciben un 40% de descuento en un par completo de anteojos y un 15% de descuento en lentes de contacto convencionales una vez que se hayan utilizado los beneficios financiados.
Opciones de lentes	<ul style="list-style-type: none"> • Estándar de policarbonato: \$40 • Recubrimiento PRS antirrayaduras: \$15 • Tintes (completo o degradado): \$15 • Recubrimiento UV estándar: \$15 • Estándar antirreflejante: \$45 • Otras opciones de lentes: 20% de descuento en tienda minorista
Artículos no incluidos en la lista	20% de descuento en tienda minorista
Corrección de la vista con LASIK o PRK	15% de descuento en tienda minorista o 5% de descuento sobre el precio de promoción

PRIMAS MENSUALES

Individual	\$11⁰⁰
Dos personas	\$20⁰⁰

El cuadro anterior solo ilustra las opciones de beneficios y primas por persona asegurada y por período de 12 meses. | Si desea obtener una lista de los proveedores participantes, visite EyeMedVisionCare.com y seleccione la red "Select" | ¹ Por persona asegurada, por período de 12 meses. | ² Los beneficios proporcionados por proveedores fuera de la red se basan en las tarifas del proveedor fuera de la red y no en un porcentaje de la cantidad pagada a la red de proveedores | ³ Se limita a un año de suministro de lentes de contacto comprados cada 12 meses a partir de la última fecha de servicio, por persona asegurada. | ⁴ EyeMed es solamente un programa de descuentos y no un seguro. Este programa ofrece descuentos solo en ciertos proveedores contratados. Usted tiene la obligación de pagar todas las tarifas en el momento del servicio, pero recibirá un descuento de los proveedores que tienen contrato con EyeMed. El programa no hace pagos directamente a los proveedores de servicios. Este plan no está disponible en los condados de Dukes, Franklin o Nantucket. Los solicitantes que residan en estos condados y busquen niveles de atención dentro de la red deben obtener los servicios de un proveedor de la red dentro del área de servicio aprobada.

Aviso a Nuestros Clientes Sobre el Seguro Suplementario

- El plan suplementario que se presenta en este documento es independiente de cualquier cobertura de seguro de salud que pueda haber adquirido con otra compañía de seguros.
- Este plan proporciona cobertura opcional para una prima adicional. Está destinado a complementar su salud seguro y proporcionar beneficios adicionales para los gastos cubiertos.
- No es necesario tener este plan para adquirir un seguro de salud con otra compañía de seguros.
- Este plan no sustituye la cobertura de un seguro de salud completo. Tampoco se considera cobertura mínima esencial según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.



AVISO IMPORTANTE PARA LOS MIEMBROS DE MEDICARE. ESTE NO ES UN SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE.

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

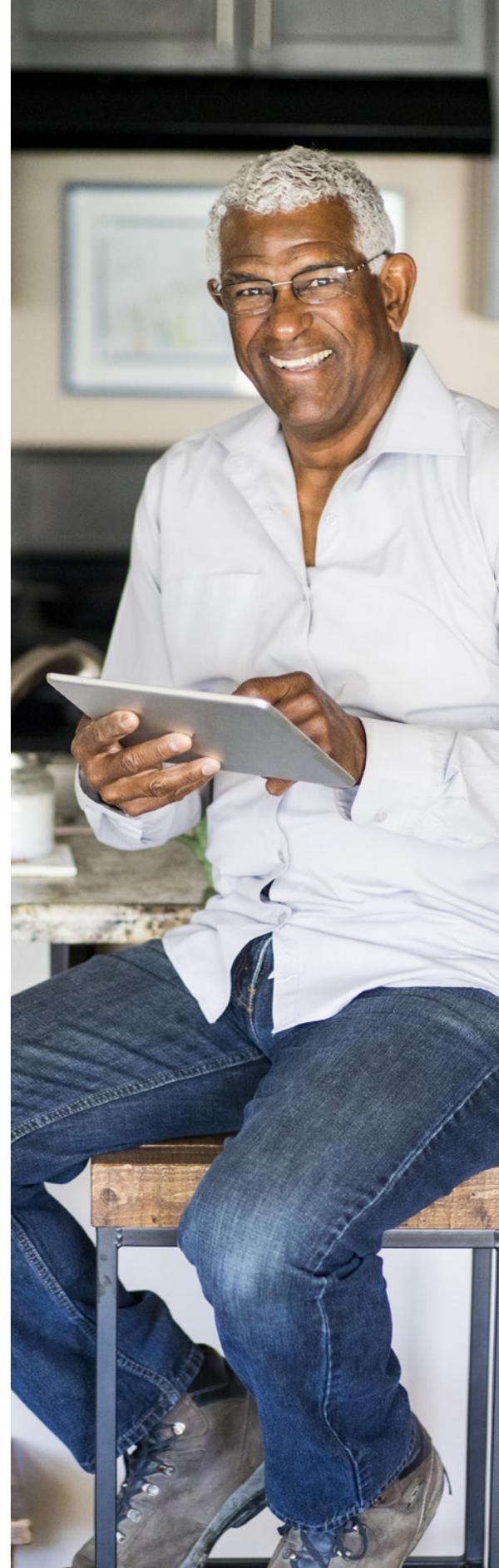
Este seguro proporciona beneficios limitados, si cumple las condiciones, para los gastos relacionados con los servicios específicos que figuran en la póliza. No paga los deducibles ni el coseguro de Medicare ni sustituye al seguro suplementario de Medicare.

Medicare paga amplios beneficios por los servicios médicamente necesarios, independientemente del motivo por el que los necesite. Estos son:

- 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 ADQUIRIR ESTE SEGURO

- ✓ Verifique la cobertura de **todos** los seguros de salud que tiene.
- ✓ Para obtener más información sobre el seguro de Medicare y el seguro suplementario de Medicare, consulte la *Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare*, que puede obtener con la compañía de seguros.
- ✓ Si necesita información sobre su seguro de salud, comuníquese con el departamento de seguros de su estado o con el programa estatal de asistencia al seguro médico (SHIP).



Otra Información Importante

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

No se proporcionarán los beneficios de la Póliza para los siguientes gastos:

Entrenamiento ortopédico o de la vista ni exámenes suplementarios asociados | Lentes Plano | Recubrimiento de lentes | Dos pares de anteojos, en lugar de bifocales o trifocales | Tratamiento médico o quirúrgico de la vista | Cualquier tipo de cirugía correctiva de la vista, incluida la cirugía LASIK | Cualquier examen de la vista o materiales para la corrección de la vista, que un empleador necesite como condición de empleo | Servicios o suministros que se paguen según cualquier Ley de Seguro de Accidentes Laborales o similar | Lentes bifocales sin línea divisoria o progresivos | Lentes fotocromáticos, de transición o de policarbonato | Lentes lenticulares | Ayudas para la vista subnormal o lentes sin receta | 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 de placer | Anteojos cuando el cambio de la receta sea menor que 0.5 dioptrías | Tratamientos o dispositivos experimentales o de investigación o no convencionales | Tratamientos en lentes de anteojos, incluidos "mejoras", recubrimiento UV, recubrimiento antirreflejante, recubrimiento antirrayaduras, tinte o pulido de bordes | Lentes de gran tamaño | Lentes de alto índice de cualquier tipo de material | Ajuste de lentes de contacto | Visitas de seguimiento | Cargos incurridos después de que la póliza o la cobertura termine.

Información sobre la Cobertura:

INICIO DE LA COBERTURA: Chesapeake necesita una evidencia de asegurabilidad antes de proporcionar cobertura. Una vez que Chesapeake apruebe su solicitud y usted pague su prima, la cobertura comenzará en la fecha que aparece en la lista de la póliza.

RENOVACIÓN: La renovación de su póliza es condicional, sujeto al derecho de Chesapeake de discontinuar o cancelar la cobertura según lo dispuesto en la sección de cancelación de cobertura de la póliza.

CAMBIOS EN LAS PRIMAS: Chesapeake se reserva el derecho de cambiar la tabla de primas, por clase, que estén por vencer según la póliza, en cualquier momento y ocasionalmente, siempre que Chesapeake le haya entregado un aviso por escrito al menos 31 días antes de la fecha de vigencia de las nuevas tarifas. Este cambio se realizará por clase.

CANCELACIÓN DE LA COBERTURA: Su cobertura se cancelará y no se pagarán los beneficios de la póliza y las cláusulas adicionales: Al final del período para el cual se pagó la prima | Si la modalidad de su prima es mensual, al final del período en el que se pagó la prima después de que recibimos su solicitud de cancelación | Si la modalidad de su prima no es mensual, al siguiente día a la fecha en que cumpla un nuevo mes después de que hayamos recibido su solicitud de cancelación. La prima se le reembolsará por cualquier cantidad pagada después de la fecha de cancelación | En la fecha en que usted cometa fraude o presente información falsa | En la fecha en que decidamos discontinuar este plan o tipo de cobertura | En la fecha en que decidamos discontinuar toda la cobertura en su estado | En la fecha en que una persona asegurada ya no sea residente permanente de los Estados Unidos | La cobertura de su dependiente se cancelará al final del mes siguiente a la fecha en que deje de cumplir los requisitos para dependientes.

Si desea ver lista completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones, consulte su póliza. En caso de que haya discrepancias en este folleto, regirán los términos y las condiciones de los documentos de la póliza. La información que aquí aparece es exacta en el momento de su publicación. Esta es una referencia solamente y no está destinada a servir como una interpretación legal de los beneficios. Se ha hecho un esfuerzo razonable para que represente la intención del lenguaje contractual. Sin embargo, el lenguaje del contrato está solo y los términos completos de la cobertura serán determinados por la política. Póliza de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Seguros para la Vista, Formulario CH-26120-IP (01/12) OON MA.

Exclusiones y Limitaciones de EyeMed:

Entrenamiento ortopédico o de la vista, ayudas para la vista subnormal, ni exámenes suplementarios asociados | Lentes anisecónicos | Tratamiento médico o quirúrgico de un ojo, los dos ojos o las estructuras adyacentes | Materiales para la corrección de la vista, que un empleador necesite como condición de empleo, y anteojos de seguridad a menos que estén específicamente cubiertos por el plan | Servicios proporcionados como resultado de cualquier Ley de Seguro de Accidentes Laborales | Lentes sin receta Plano y anteojos de sol sin receta (excepto con un 20% de descuento) | Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio de grupo que proporcione cuidado de la vista | Dos pares de anteojos en lugar de bifocales o trifocales.



(800) 815-8535

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

