

Resumen de beneficios de cuidado de la vista voluntario

Fecha de entrada en vigor: 04/01/2020

La siguiente tabla ofrece un breve resumen de los beneficios claves para la cobertura de cuidado de la vista disponibles de Principal Life Insurance Company. A continuación, encontrará información adicional para responder a las preguntas que pueda tener. Para recibir una lista completa de los beneficios de cobertura de cuidado de la vista y las restricciones, vea el libreto o comuníquese con su empleador.

Elegibilidad		
Tipo de trabajo	FULL TIME MEMBERS	
Su cobertura con un Proveedor Preferido VSP		
Médicos dentro de la red	Red VSP Choice Network	
Cargos cubiertos	Beneficio	Frecuencia
Exámenes	Copago \$10	Un examen cada 12 meses
Anteojos recetados	Copago \$25	Dos lentes (un par) cada 12 meses
Lentes	Lentes monofocales, lenticulares, bifocales y trifocales con línea y lentes de policarbonato para hijos dependientes menores a 18 años de edad Los miembros pagan por las mejoras para los lentes como un gasto de bolsillo después del copago; los proveedores VSP ofrecen un descuento del 20-25%.***	
Marcos*	\$130 máximo permitido para una amplia variedad de marcos; 20% de descuento sobre el máximo permitido***	Un par de lentes cada 24 meses
Lentes de contacto electivos	Copago hasta \$60 para el examen de lentes de contacto electivos (evaluación y prueba) Ayuda de \$130 para los lentes de contacto electivos	Una vez cada 12 meses Los lentes de contacto son en lugar de marcos y lentes
Lentes de contacto necesarios**	Copago \$25 Cubiertos por completo para miembros que tengan condiciones específicas	Una vez cada 12 meses Los lentes de contacto son en lugar de marcos y lentes
Ahorros adicionales ***		
Anteojos y lentes para sol	En promedio, los miembros gozan de un 20-25% de descuento en anteojos adicionales y lentes de sol, incluyendo las opciones de lentes recetados por cualquier médico VSP dentro de los 12 meses de su último examen de la vista cubierto.	
Corrección de la vista con láser	Un descuento promedio del 15% del precio regular o del 5% del precio promocional, los descuentos están disponibles en las ubicaciones contratadas	

Su cobertura con otros proveedores (fuera de la red)		
Cargos cubiertos	Cantidad de beneficio programada	Frecuencia
Exámenes de la vista	Hasta \$45	Uno por periodo de 12 meses
Lentes monofocales	Hasta \$30	Uno por periodo de 12 meses
Lentes bifocales con línea	Hasta \$50	Uno por periodo de 12 meses
Lentes trifocales con línea	Hasta \$65	Uno por periodo de 12 meses
Lentes lenticulares	Hasta \$100	Uno por periodo de 12 meses
Marcos	Hasta \$70	Un juego por periodo de 24 meses
Lentes de contacto electivos	Hasta \$105	En lugar del beneficios de marcos y lentes
Lentes de contacto necesarios**	Hasta \$210	En lugar del beneficios de marcos y lentes

- * VSP tiene acuerdos establecidos con algunos proveedores de cadenas minoristas participantes que también podrían proporcionar beneficios para este servicio cubierto. Se otorga un subsidio de hasta \$70 para una amplia gama de marcos de Costco o Walmart/Sam's Club. Para conocer más detalles, por favor comuníquese con tu proveedor o contacta al servicio de atención al cliente VSP.
- ** Los lentes de contacto necesarios se prescriben para corregir problemas de vista extremos que no pueden corregirse con lentes normales.
- *** Con base en las leyes aplicables los beneficios pueden variar según la ubicación del médico.

También contamos con coordinación de beneficios, es decir un procedimiento que limita los beneficios de dos a más proveedores y que cubre hasta el 100% de los gastos cubiertos del reclamante.

Preguntas frecuentes sobre sus beneficios de cuidado de la vista

¿Soy elegible para la cobertura?

Para ser elegible para la cobertura debe calificar como miembro elegible y ser considerado como activo en el trabajo.

Debe estar inscrito en la cobertura de cuidado de la vista antes de poder ofrecérsela a sus dependientes. Dependientes elegibles son su cónyuge (si no está ya inscrito como empleado), pareja doméstica calificada,, pareja doméstica registrada con el estado e hijos, incluidos los de su pareja de hecho calificado. Podrían aplicar requisitos de elegibilidad adicionales.

Aplica el período de inscripción abierta. Cualquier empleado o coasegurado que no se haya inscrito a los 31 días de reunir los requisitos solamente se puede inscribir durante el período de inscripción abierta.

¿Cómo encuentro a un Proveedor VSP?

Use nuestro directorio de proveedores en www.vsp.com/enes para ubicar a proveedores VSP cercanos o para ver si su médico de cuidado de la vista está dentro de la red VSP. Para hablar por teléfono con un representante, por favor llame al 800-877-7195 y marque 9.

¿Cómo envío un reclamo?

Cuando visite a un proveedor VSP para obtener atención, el proveedor enviará un reclamo para el pago. Si visita a un proveedor que está fuera de la red, usted será responsable de enviar un reclamo a VSP. Para obtener un formulario de reclamo ingrese a es.vsp.com/enes o llame al 800-877-7195 y marque 9. Adjunte al formulario de reclamo una copia detallada de su recibo y envíelo por correo a la siguiente dirección:

Vision Service Plan
 P.O. Box 385018
 Birmingham, AL 35238-5018

¿Cuáles son las restricciones de mi cobertura?

Este resumen de beneficios es solamente un resumen. Vea una lista completa de las restricciones de beneficios en su libreto.

Servicios médicos no necesarios	La cobertura no paga el análisis o ayuda de cuidado de la vista que no sean médicamente necesarios.
Limitaciones a los beneficios	Los siguientes artículos se encuentran excluidos de esta cobertura: <ul style="list-style-type: none"> Examen de cuidado de la vista Dos pares de anteojos en vez de lentes bifocales Reemplazo de lentes, marcos o lentes de contacto Tratamiento médico o cirugía Ortótica, entrenamiento de cuidado de la vista o prueba complementaria Lentes planos (lentes con corrección refractiva de menos de $\pm .50$ dioptrías)
Limitaciones para los lentes de contacto	Los siguientes artículos no se encuentran bajo la cobertura de lentes de contacto: <ul style="list-style-type: none"> Pólizas de seguro o contratos de servicio Lentes con decoración artística o sin receta Visitas al médico adicionales debido a una patología ocasionada por el uso de lentes de contacto Modificación de los lentes de contacto, pulido o limpieza Prueba de lentes de contactos después del periodo inicial de prueba (90 días)
Otras limitaciones	Existen limitaciones adicionales para su cobertura. Se incluye una lista completa en el libreto.



Principal Life Insurance Company, Des Moines, Iowa 50392-0002, www.principal.com

La versión en español de este documento es provista por Principal Life Insurance Company como cortesía. Los documentos originales que estipulan todas las pólizas, las responsabilidades y los derechos y obligaciones legales están redactados en inglés.

Este es un resumen de la cobertura de cuidado de la vista inscrita por o con los servicios administrativos provistos por Principal Life Insurance Company. Este resumen de beneficios es para propósitos administrativos solamente y no es una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones o exclusiones de la cobertura. Recibirá un libreto de beneficios con detalles sobre su cobertura. Si existe alguna discrepancia entre este resumen y su libreto de beneficios, el libreto de beneficios prevalecerá.

Principal, Principal y el diseño del símbolo y Principal Financial Group son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., miembro de Principal Financial Group.

SP1783-14 | 11/2019 | © 2020 Principal Financial Services, Inc.