Guardian®

Vea nuestro video
Cómo el seguro de visión puede ayudarlo a ver con claridad a medida que envejece.

Seguro de visión

El seguro de visión ayuda a proteger sus ojos, ya que proporciona cobertura para los beneficios que a menudo no están cubiertos por un seguro médico regular.

Proteger su vista significa permitir las visitas de rutina al optometrista para exámenes de la vista, así como la cobertura de anteojos y lentes de contacto. Asegúrese de que su visión sea buena a cualquier edad, sin importar cuánto tiempo pase frente a las pantallas digitales.

¿Para quién es?

Incluso si tiene una visión perfecta, es importante realizarse exámenes de la vista de forma regular para asegurarse de que aún vea con claridad. Con el tiempo, la mayoría de nosotros puede necesitar corrección de la visión, por lo que ofrecemos un seguro de visión para cubrir algunos de los costos.

¿Qué cubre?

El seguro de visión cubre beneficios que generalmente no están incluidos en los planes de seguro médico. Cubre servicios como exámenes de la vista rutinarios, asignaciones para la compra de anteojos y lentes de contacto, así como descuentos en cirugía correctiva Lasik.

¿Por qué debería considerarlo?

Los exámenes de la vista regulares pueden detectar más que una visión limitada, también pueden detectar enfermedades como el glaucoma y la diabetes. Los problemas de visión son una de las incapacidades más prevalentes en los Estados Unidos, por lo que los seguros de visión son especialmente útiles para cualquier persona que necesite comprar anteojos o lentes de contacto con regularidad, o para cualquier persona que simplemente quiera ayudar a proteger su visión y salud en general.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.

Cobertura 20/20

David se da cuenta de que su visión se está deteriorando. Él va para un examen de la vista y es diagnosticado con miopía, lo que significa que necesita anteojos.

Costo promedio del examen de la vista: **$171**

Costo promedio de marcos y lentes: **$350**

Costo total: **$521**

Con una póliza de visión de Guardian, David paga solo **$10** por su examen de la vista. Después de **$25** de copago, sus lentes están totalmente cubiertos y él paga **$96** por sus marcos.

El gasto de bolsillo total de David es de **$131**, lo que le ahorra **$390**.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

TRU-GRIND INCORPORATED
ALL OTHER ELIGIBLE EMPLOYEES
2023-158788 (07/25)

Kit creado 11/08/2023
Número de Grupo: 00456128

Guardian®

Su cobertura de visión

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	
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):*	
	Dentro de la red	*Fuera de la red*
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, Walmart y Sam's Club	Monto por encima de $70	
Lentes de contacto *(Electivos)*	Monto por encima de $130	Monto por encima de $100
Lentes de contacto *(necesarios por razones médicas)*	$0	Monto por encima de $210
Lentes de contacto *(examen de evaluación y ajuste)*	Hasta un $60	No Aplicable
Adiciones cosméticas	Promedio de 20% a 25% del precio minorista	Sin descuentos
Gafas *(par adicional de monturas y lentes)*	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 *(para gafas o lentes de contacto)* ‡‡	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	
Límites de edad del dependiente (estudiante/no estudiante)	26/30	
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.

Su cobertura de visión

- Cobertura familiar para cónyuge e hijos de hasta. La edad límite de los dependientes no casados se extiende a 30 si el dependiente es residente de Illinois y ha recibido una exención o baja del servicio militar, salvo que la baja haya sido deshonrosa.
- ** 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.
- [1]Extra $20 en marcas seleccionadas.
- Los miembros pueden usar sus beneficios de la red en línea en Eyeconic.com.
- Examen de revisión de retina de rutina dentro de la red cubierto después de un copago de no más de $39.

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 omayor, 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, lentesmultifocales 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-1-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, perose 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.

El seguro de visión de Guardian está suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Esta póliza sólo proporciona seguro médico de beneficios limitados para la atención de la visión. NO proporciona seguro básico de hospital ni seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura.
Formulario de la póliza # GP-1-GVSN-17