

SUMMARY OF BENEFITS

The Villages, Inc., Grupo #53641-0-1-0, Fecha Efectiva 1 de abril de 2025

Diseño del Plan #698 – H

SERVICIOS DE ATENCIÓN VISUAL	COSTO PARA MIEMBROS DE LA RED	PROVISIÓN FUERA DE LA RED	FRECUENCIA
Examen Visual con Dilatación si es Necesario Imágenes de la Retina	\$10 \$39	\$35 No Cubierto	Una vez cada Año Calendario
Adaptación de los Lentes de Contacto y Seguimiento: (Una vez realizado el examen visual están disponibles la adaptación de los lentes de contacto y dos visitas de seguimiento) Estándar – lentes de contacto esféricos de uso convencional y reemplazo planificado (los ejemplos incluyen pero no están limitados a desechables, reemplazo frecuente, etc.) Premium – todos los diseños, materiales y accesorios especializados para lentes distintos de Lentes de Contacto Estándar (los ejemplos incluyen tóricos, multifocal, etc.)	Copago de \$ 40 10% de descuento equilibrar	No Cubierto No Cubierto	Una vez cada Año Calendario
Monturas: Las monturas que estén disponibles en el local del proveedor	\$130 de saldo asignado, 20% de descuento equilibrar	\$65	Una vez cada Año Calendario
Lentes Plásticos Estándar: Visión Única Bifocal Trifocal Lenticular	\$25 Copago \$25 Copago \$25 Copago \$25 Copago	\$25 \$40 \$55 \$55	Una vez cada Año Calendario
Opciones de Lentes: Policarbonato Estándar	Adultos: \$40 Dependientes menores de 19: \$0	\$25 \$25	Una vez cada Año Calendario
Revestimiento UV Tinte (Sólidos y Degradados) Resistente al Rayado Estándar Revestimiento Anti-Reflejo Estándar Progresivos Estándar (Incluye monto de Copago) Progresivos Premium (Incluye monto de Copago) Otros Servicios y Adicionales	\$15 \$15 \$15 \$45 \$90 Nivel 1 - \$110 Nivel 2 - \$120 Nivel 3 - \$135 Nivel 4 - \$90 + 80% del precio al consumidor menos \$120 20% de descuento del precio al consumidor	No Cubierto No Cubierto No Cubierto No Cubierto \$40 \$40 No Cubierto	Una vez cada Año Calendario
Contact Lenses: (Contact lens allowance includes materials only) (Allowance not available if eyeglass lenses are elected) Conventional Disposable Medically Necessary	\$130 saldo asignado, 15% fuera del balance sobre los \$130 \$130 saldo asignado \$0	\$100 \$100 \$200	Una vez cada Año Calendario
Additional Pairs Benefit	40% de descuento con la compra de un par de lentes y 15% de descuento por unos lentes de contacto convencionales	N/A	N/A
Corrección de Visión con Láser Para los proveedores de Lasik llamar al 1.877.5LASER6	15% de descuento por el precio de venta o 5% de descuento del precio promocional	N/A	N/A

Las frecuencias de servicio se calculan por año calendario. VEA LA SECCIÓN SOBRE EXCLUSIONES Y LIMITACIONES PARA INFORMACIÓN ADICIONAL. Este es solo un Resumen de Beneficios, y pueden aplicarse varias excepciones y limitaciones. Su cobertura real se describe en el acuerdo que es vinculante para todas las partes y reemplaza a todas las demás comunicaciones orales o escritas.



Obtenga la conveniencia que necesita y el proveedor de su elección con el Plan de Visión de Surency.



Con acceso a más de 99,000 proveedores en todo el país utilizando la extensa red de proveedores de EyeMed es fácil encontrar un proveedor dentro de la red. Busque un proveedor por ubicación nombre, servicio o más. Localice un proveedor en Surency.com o utilice la Aplicación Móvil Surency Visión.



Usted tiene acceso a su información de beneficio a través de Aplicación Móvil de Surency Visión o en su Cuenta de Miembro en Surency.com.

¿Tiene Preguntas? Llame al Servicio al Cliente de Surency al 866-813-8805.

INDEPENDENT
PROVIDER
NETWORK



LENSCRAFTERS™

PEARLE
EST. 1961
VISION™

OPTICAL™

Surency Vision se ofrece a través de la Compañía de Seguro de Salud y Vida ("Surency"). Los Procesamiento de reclamaciones, servicio de reclamaciones y administración de red para Surency Visión se manejan a través de un acuerdo con EyeMed Vision Care, LLC.

Surency ha sido seleccionado por su empleador para proporcionar la cobertura de su visión de grupo. Estamos encantados de traer estos importantes beneficios para usted y para cualquier dependiente elegible que se haya inscrito para la cobertura.

Este Resumen de los Beneficios del Plan de Visión describe las características esenciales de la visión de la cobertura de su grupo. Este Resumen de los Beneficio del Plan de Visión es un resumen de los beneficios solamente y no está sujeta a la cobertura de Surency. Todos los beneficios se pagan de acuerdo a los términos, condiciones y disposiciones del Acuerdo de su empleador con Surency, lo cual vincula a todas las partes y reemplaza todas las otras comunicaciones orales o escritas.

Un niño es elegible para la cobertura del Plan si el niño es menor de veintiséis (26) años.

Ahorro Adicional de Valor Añadido:

- Los miembros pueden recibir descuentos adicionales no cubiertos por proveedores de la red del plan. Por favor, consulte con su proveedor respecto a cualquier descuento adicional. El descuento no aplica a los servicios profesionales del proveedor EyeMed o lentes de contacto. Los descuentos del plan no pueden ser combinados con cualquier otro descuento u ofertas promocionales. Los precios de venta pueden variar según la ubicación. Los servicios o materiales proporcionados por cualquier otro plan de beneficios que proporcione cuidado de la vista pueden no están cubiertos.
- Después de la compra inicial, puede obtener reemplazo de los lentes de contacto a través del internet con ahorros sustanciales y son enviadas directamente al miembro. Los detalles están disponibles en www.eyemed.com. La asignación de beneficio de lentes de contacto no aplica a este servicio.

Limitaciones/Exclusiones del Plan:

- Las asignaciones son beneficios para ser usados solo una vez; sin saldo restante.
- Ortóptica o entrenamiento de la visión, ayudas para la visión subnormal y cualquier prueba suplementaria asociada.
- Médico y/o tratamiento quirúrgico del ojo, ambos ojos o estructuras de soporte.
- Los servicios prestados como consecuencia de la ley de compensación de cualquier trabajador.
- El beneficio no está disponibles para ciertas marcas de monturas en la cual el fabricante impone o no una política sin descuento.
- Lentes correctivos requeridos por un empleador como condición de empleo, y gafas de seguridad a menos que esté específicamente cubierto por el plan.
- Lentes de plano y gafas de sol sin prescripción (excepto un 20% de descuento)
- Los servicios o materiales proporcionados por una cobertura médica mayor bajo cualquier otro grupo que proporcione el cuidado de la visión.
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Lentes Aniseikonic
- Los descuentos no aplican para los beneficios proporcionados por otros planes de beneficios de grupo.
- No cubre materiales quebrado o perdidos