

### Características del plan oftalmológico

Examen anual de la vista	No aplica
Monofocales	Sujetos al máximo
Bifocales	Sujetos al máximo
Trifocales	Sujetos al máximo
Lenticulares	Sujetos al máximo
Lentes progresivos	No aplica
Armazones	Sujetos al máximo
Ajuste y examen para lentes de contacto (estándar)	Sujetos al máximo
Lentes de contacto (opcionales)	Sujetos al máximo
Lentes de contacto (medicamento necesarios)	Sujetos al máximo

### Deducible

Anual (aplica para el primer servicio recibido)	\$0
-------------------------------------------------	-----

### Máximo

Año calendario	\$200
----------------	-------

### Frecuencias de los beneficios (meses)

Con base en la fecha de servicio

Examen/Lentes/Armazones	Ninguna
-------------------------	---------

\*\*\*Sírvase enviar sus reclamos dentro de los 90 días a partir de la fecha de servicio. Ya que, de esa manera el plan podrá considerar beneficios (sujeto a requisitos por estado).

### LASIK Advantage

Su plan oftalmológico incluye una característica conocida como LASIK Advantage, la cual brinda beneficios para cirugía oftalmológica con láser LASIK y procedimientos relacionados, lo cual incluye LASIK convencional, Custom LASIK, LASIK con tecnología Wavefront, CustomVue LASIK, LASIK con tecnología IntraLase y Queratectomía fotorrefractiva (PRK).

Como participante de un plan dental usted obtiene un beneficio de por vida para LASIK por cada ojo. El monto de los beneficios aumenta durante un periodo de cuatro años, cuyos beneficios máximos se logran en el cuarto año. Los beneficios son por cada ojo.

Si usted o sus dependientes elegibles son participantes tardíos, tal como se define arriba, usted y/o sus dependientes elegibles deberán esperar 6 meses a partir de la inscripción para tener derecho a la cobertura LASIK. Después de que transcurran los 6 meses, su beneficio LASIK comenzará como el año 1. El beneficio LASIK Advantage es un beneficio disponible para participantes de 18 años en adelante.

¡Este beneficio le ofrece muchas opciones! Puede elegir a cualquier especialista, ya que no hay una red de proveedores relacionada a esta cobertura.

Beneficios de por vida	Año	Año	Año	Año
Por cada ojo:	1	2	3	4
	\$0	\$0	\$0	\$0

### Ahorros para miembros del plan

Ahorre en medicamentos recetados en más de 60,000 farmacias en todo el país, entre las que se encuentran CVS, Walgreens, Rite Aid y Walmart. Simplemente presente su tarjeta de ahorros en medicamentos recetados. Para ingresar a su cuenta e imprimir sus tarjetas de ahorros y servicios oftalmológicos, visite el sitio [www.ameritas.com/register](http://www.ameritas.com/register), ingrese a su cuenta y seleccione «member savings». Estos descuentos se ofrecen sin costo adicional y no son considerados un seguro.

### Servicio al cliente

Departamento de Atención al Cliente **800-487-5553**

[www.ameritas.com](http://www.ameritas.com)

De lunes a jueves de 7 de la mañana a medianoche (Hora del Centro) y los viernes de 7 de la mañana a 6:30 de la tarde (Hora del Centro).

Este documento contiene las características destacadas de los beneficios del plan ofrecidos por Ameritas Life Insurance Corp. y elegidos por su empleador. No es un certificado de seguros y no incluye las exclusiones ni las limitaciones. Para conocer exclusiones y limitaciones o para un listado completo de los procedimientos cubiertos, contacte a su administrador de beneficios.