

# Titular de la póliza/Asegurado: HEIL OF TEXAS



## Seguro colectivo de cuidados de la vista voluntario Resumen de beneficios para members electing low plan

Tu seguro se renueva cada 1o de enero  
Este resumen se creó en 10/25/2025 y muestra los beneficios que están disponibles en ese momento.

### ¿Qué tengo a mi disposición?

El seguro de cuidado de la vista se proporciona a través de Principal® y VSP® Vision Care. Este brinda variedad, flexibilidad y ahorro a través de médicos de VSP.

Si compras esta cobertura, una red establecida de médicos de VSP te brindarán y a tus coasegurados un cuidado de calidad.

Red preferente de VSP Choice	
<b>Exámenes</b>	Cada 12 meses, tienes completa cobertura para un examen una vez satisfecho el copago de \$10
<b>Anteojos recetados</b> Lentes: cubre un par cada 12 meses  Marcos: cobertura desde \$130 cada 24 meses; 20% de descuento sobre el máximo permitido <sup>1</sup>	Copago \$25 <ul style="list-style-type: none"><li>• Lentes monofocales</li><li>• Lentes bifocales con línea</li><li>• Lentes trifocales con línea</li><li>• Lentes lenticulares</li><li>• Lentes de fibra de policarbonato para coasegurados menores de 18 años</li></ul>
<b>Mejoras de lentes</b>	La cobertura incluye lentes progresivos estándar una vez cada 12 meses con un copago de \$0. <sup>1</sup>  Las mejoras más populares en lentes se cubren después de un copago, lo que ahorra a nuestros asegurados un 30% en promedio. <sup>1</sup>
<b>Lentes de contacto electivos</b>	Cobertura hasta por \$130 cada 12 meses. Se pueden elegir lentes de contacto en lugar de anteojos.
<b>Prueba y evaluación de lentes de contacto</b>	Hasta \$60 de copago
<b>Lentes de contacto necesarios</b>	Cobertura total cada 12 meses una vez satisfecho el copago de \$25 .  Los lentes de contacto son en lugar de marcos y lentes.

<sup>1</sup>Esto puede variar según las leyes estatales y la ubicación del proveedor. Es posible que los ahorros no se puedan aplicar en algunas cadenas minoristas participantes.

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines IA 50392

### ¿Quién puede comprar cobertura?

- Puedes comprar la cobertura si eres un empleado activo, a tiempo completo. Los empleados por temporada, temporales o contratistas no cumplen con los requisitos.
  - Se te considerará como trabajador activo incluso en ausencia por tener día libre, día feriado, vacaciones, servicio de jurado, funeral, licencia pagada o tiempo libre, siempre que estés en cumpliendo con tus tareas normales y hayas trabajado el día anterior a la fecha de ausencia en el trabajo.
  - El asegurado debe inscribirse dentro de los 31 días siguientes a la fecha en la que cumpla con los requisitos. Si no, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta.
- Si tienes la cobertura, puedes comprar cobertura para tus dependientes.

También puede haber requisitos adicionales.

### ¿Cuál es la diferencia entre lentes de contacto necesarios y electivos?

- Electivos: cuando la vista se puede corregir con anteojos, pero se usan lentes de contacto.
- Necesarios: cuando la vista no se puede corregir con anteojos debido a problemas extremos de la vista.

### ¿Por qué se cobra un copago adicional por la prueba y evaluación de lentes de contacto?

- Las personas que usan lentes de contacto requieren de una evaluación adicional en cuando a mediciones de los ojos, así como posibles citas de seguimiento para probar y entrenarse en el uso apropiado de los lentes de contacto.
- Con los proveedores dentro de la red, no pagarás más de \$60 por estos servicios adicionales.

### ¿Son los beneficios iguales para todos los doctores VSP?

- Sí, excepto Costco®, Walmart®, y Sam's Club®. El descuento para marcos en estos establecimientos es de \$70 lo que es equivalente a una asignación de \$130 en otras oficinas de doctores VSP. No todos los proveedores en las cadenas minoristas participantes se encuentran dentro de la red para servicios de exámenes.
- Los beneficios pueden variar según la ubicación debido a leyes estatales.

### ¿Cómo encuentro a un doctor VSP?

- Visita [vsp.com](http://vsp.com) para localizar a los doctores VSP más cercanos a ti o para averiguar si tu médico de cuidado de la vista actual está dentro de la red VSP.
  - Deberás escoger la red de doctores "Choice" para ver a los doctores VSP correspondientes a tu cobertura.
- Llama al 800-877-7195.

### ¿Obtendré una tarjeta de identificación?

- Sí, tu tarjeta tendrá un número único de identificación de miembro que tu doctor usará para verificar beneficios.

### ¿Mi doctor enviará el reclamo?

- Si eres atendido por un doctor VSP, ellos enviarán el reclamo por ti.
- Si eres atendido por alguien fuera de la red VSP, eres responsable de enviar tu propio reclamo. Puedes obtener ese formulario en [vsp.com](http://vsp.com) después de ingresar como miembro usando tu identificación de miembro. O llama al 800-877-7195.

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines IA 50392

### ¿Existen ahorros adicionales con VSP?

- Anteojos y lentes de sol: puedes ahorrar un promedio de 20-25% de descuento en anteojos y lentes de sol a través de cualquier doctor VSP, dentro de los 12 meses siguientes a tu último examen de la vista cubierto.
- Corrección de la vista con láser: puedes recibir un descuento promedio de 15% del precio regular y 5% del precio promocional. Estos descuentos solo se obtendrán en las clínicas contratadas. Visita VSP.com e insíbete con tu identificación de miembro para conocer las promociones que se ofrecen para corrección de la vista con láser y buscar una clínica contratada.

Estos ahorros pueden variar según leyes estatales y la ubicación del proveedor.

### ¿Qué beneficios recibo si mi doctor no está dentro de la red VSP?

Cargos cubiertos	Beneficio	Frecuencia
Exámenes	Hasta \$45	Una vez cada 12 meses
Lentes monofocales	Hasta \$30	Un par de lentes cada 12 meses
Lentes bifocales con línea	Hasta \$50	Un par de lentes cada 12 meses
Lentes trifocales con línea	Hasta \$65	Un par de lentes cada 12 meses
Lentes lenticulares	Hasta \$100	Un par de lentes cada 12 meses
Marcos	Hasta \$70	Un par de lentes cada 24 meses
Lentes de contacto electivos	Hasta \$105	Los lentes de contacto son en lugar de marcos y lentes
Lentes de contacto necesarios	Hasta \$210	Los lentes de contacto son en lugar de marcos y lentes

### ¿Cuáles son las limitaciones de mis beneficios?

- No están cubiertos los análisis o ayudas ópticas que no sean médicamente necesarios.
- No se pagarán beneficios por:
  - o anteojos no recetados
  - o tratamiento médico de la vista o quirúrgico
  - o reclamos enviados por un médico miembro de tu familia.

El presente documento es solamente un resumen de los beneficios. Para ver toda la información sobre los beneficios y las limitaciones, por favor consultar el cuadernillo.

**Aviso del Texas Department of Insurance**  
**(Departamento de Seguros de Texas)**  
**Plan de beneficios con proveedores preferentes**

Tienes derecho a una red adecuada de proveedores preferentes (también llamados “proveedores de la red”). Si consideras que la red VSP no es adecuada, puedes presentar una queja formal con el Departamento de Seguros de Texas.

Tienes derecho, en la mayoría de los casos, a obtener el cálculo de costos con antelación:

- de parte de los proveedores fuera de la red por los servicios que te ofrecen; y
- de parte de VSP, de lo que pagará por los servicios.

Puedes obtener un directorio actualizado de parte de VSP con los proveedores preferentes en el siguiente sitio web: <https://www.vsp.com/> o llamando al 1-800-877-7195 para solicitar asistencia con la búsqueda de proveedores preferentes disponibles.

Si recibes tratamiento con un proveedor que no es de la red, es posible que recibas una factura por todo lo que VSP no pague.

Si la información incluida en el directorio de VSP es sustancialmente incorrecta y actúas en función de esta, pudieras tener derecho al pago del reclamo por servicios fuera de red equivalente a la cobertura que recibirías por gastos con proveedores de la red, y se aplicarían los límites de tu copago y Pago máximo a tales gastos fuera de la red.

GH 198 TX (VSP)



Este es un resumen de la cobertura de visión asegurada por o con servicios administrativos proporcionados por Principal Life Insurance Company. Este esquema es una breve descripción de su cobertura. No es un contrato de seguro o una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones y exclusiones de la cobertura. Si hay una discrepancia entre la política y este documento, prevalecerá la disposición de la política real. Para obtener detalles completos de la cobertura, consulte el folleto.

© 2025 Principal Financial Services, Inc. Principal, Principal y el diseño del símbolo y Principal Financial Group son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., compañía de Principal Financial Group

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines IA 50392.