



MRM RESIDENTIAL MANAGEMENT, LLC DBA

MERION RESIDENTIAL

MRM

Número de Grupo: 00067234



El servicio al cliente (888) 600-1600

De lunes a viernes | de 8am a 8:30pm, hora del este

Bienvenido a los

Beneficios en el lugar de trabajo

Todos merecen un Guardian

Todos los días, Guardian ofrece a 26 millones de estadounidenses la seguridad que merecen a través de nuestros productos y servicios de gestión de patrimonios y seguros.

Nos hemos asociado con su organización para ofrecerle una variedad de beneficios para los empleados. Dentro de este paquete, encontrará los planes de los que su empleador cree que podría beneficiarse.

Sus opciones de cobertura



Seguro dental

Cuidar sus dientes y su salud de forma integral



Seguro de visión

Para el cuidado de su vista y los problemas de salud relacionados

Conozca sus beneficios

Sus beneficios respaldan su bienestar físico y financiero, para ayudar a que usted y sus seres queridos estén protegidos.

Con Guardian, estás en buenas manos.

Venimos cumpliendo nuestras promesas por más de 150 años y esperamos hacer lo mismo por usted también.

1

Lea esta información.

2

Obtenga más información sobre sus beneficios.

3

Hable con su empleador si necesita ayuda o tiene alguna pregunta.

© Copyright 2020 The Guardian Life Insurance Company of America

Este documento es un resumen de las principales características de la cobertura del seguro que se acordó con su empleador; no es su contrato.



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.



Su cobertura de visión

Opción I: 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	
Su prima quincenal	\$ 2.68	
Usted y su cónyuge	\$ 4.29	
Usted y sus hijos	\$ 4.38	
Usted, su cónyuge e hijo(s)	\$ 7.06	
Copago		
Copago de exámenes	\$ 10	
Copago de materiales (renunciado para lentes de contacto electivos)	\$ 25	
Muestra de servicios cubiertos	<i>Usted paga (después del copago, si corresponde):</i>	
Examen de vista	Dentro de la red \$0	Fuera de la red 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 \$0	
Lentes de contacto (<i>Electivos</i>)	Monto por encima de \$130	Monto por encima de \$100
Lentes de contacto (<i>necesarios por razones médicas</i>)	\$0	Monto por encima de \$210
Lentes de contacto (<i>examen de evaluación y ajuste</i>)	15% de descuento sobre el costo usual, acostumbrado y razonable (UCR)	Sin descuentos
Adiciones cosméticas	Promedio de 20% a 25% del precio minorista	Sin descuentos
Gafas (<i>par adicional de monturas y lentes</i>)	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 (<i>para gafas o lentes de contacto</i>) ‡‡	Cada año calendario	
Monturas	Cada dos años calendario†††	



Su cobertura de visión

Su plan de visión	Full Feature
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	26
Para encontrar a un Proveedor:	Regístrate en VSP.com para encontrar a un proveedor participante.

VSP

- ## Los beneficios incluyen cobertura de gafas o lentes de contacto, no ambos.
- ** 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.
- 'Extra \$20 en marcas seleccionadas.
- Los miembros pueden usar sus beneficios de la red en línea en Eyeconic.com.
- \$\$\$ El sistema VSP considera que los lentes de contacto equivalen a un par completo de gafas (lentes y monturas), de manera que si bien el miembro puede obtener lentes de contacto un año y gafas estándar al año siguiente, el beneficio de montura no estaría disponible hasta cumplirse los 24 meses o dos años calendario, según el diseño del plan, a partir de la fecha en que el miembro obtuvo los lentes de contacto.
- 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 seguros médicos de beneficios limitados para la atención de la visión. No proporciona seguro básico de hospital ni seguro médico 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 lamidos, 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 árbito definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-I-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, pero ofrece 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-I-GVSN-17



Nuestro compromiso con usted

Lea detenidamente la documentación a la que se hace referencia a continuación. El objetivo de estos avisos es proporcionarle información importante sobre nuestras ofertas de seguros y proteger sus intereses. Algunos son obligatorios por ley.

Información importante



Aviso que informa a las personas sobre los Requisitos de no discriminación y accesibilidad

Notificación de Guardian en la que se establece que cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y que no discrimina según raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, sexo o identidad de género real o percibida. En este aviso, se proporciona información de contacto para presentar una reclamación por no discriminación. También se proporciona información de contacto para acceder a ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidad a fin de asistir en las comunicaciones con Guardian.

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice48> para obtener más información.

Servicios de idiomas sin costo

Guardian proporciona asistencia lingüística en varios idiomas para miembros con dominio del inglés limitado.

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice46> para obtener más información.

Seguro de visión



Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA de Guardian

En este aviso, se describe cómo se puede utilizar y divulgar la información personal de su salud y cómo puede acceder a esta información.

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice50> para obtener más información.