

## UN VISTAZO A SU COBERTURA DE VSP

**TENGA UNA VISTA SALUDABLE Y VIVA  
FELIZ CON LA AYUDA DE EMPLOYER  
SPONSORED (00102647) SIGNATURE B \$10  
Y VSP.**



Inscríbase en VSP® Vision Care para obtener atención personalizada de un médico de la red VSP con gastos de bolsillo bajos.

### VALOR Y AHORROS QUE USTED AMA.

Ahorre en anteojos y atención de la vista cuando consulte a un médico de la red de VSP. Además, aproveche más opciones exclusivas para los miembros para ahorrar más.

### OPCIONES DE PROVEEDORES QUE USTED QUIERE.

Con un promedio de cinco médicos de la red VSP dentro de un radio de seis millas de usted, es fácil encontrar un médico o una cadena de establecimientos que estén dentro de la red.



Además, maximice su cobertura con ofertas de bonificación y más ahorros que son exclusivos de las ubicaciones del Programa Premier.

**¿Le gusta comprar en línea?** Visite **eyeconic.com** y use sus beneficios para la vista para comprar entre más de 50 marcas de lentes de contacto, anteojos y anteojos de sol.

**ATENCIÓN DE LA VISTA DE CALIDAD QUE USTED NECESITA.** Recibirá excelente atención de un médico de la red de VSP, incluyendo un WellVision Exam®, un examen completo diseñado para detectar condiciones de salud y de los ojos.

### OBTENGA SU PAR PERFECTO

**\$20 MÁS**  
PARA GASTAR EN MARCAS  
DESTACADAS DE ARMAZONES\*

bebe CALVIN KLEIN COLE HAAN FLEXON  
LACOSTE NINE WEST

ENCUENTRE MÁS MARCAS EN [VSP.COM/OFFERS](https://vsp.com/offers).

**+** HASTA **40%**  
DE AHORROS EN MEJORAS  
PARA LOS LENTES



### ¡USAR SU BENEFICIO ES FÁCIL!

Cree una cuenta en **es.vsp.com** para ver su cobertura dentro de la red, encontrar un médico de la red VSP que sea adecuado para usted y descubrir ahorros con más opciones exclusivas para los miembros. En su cita, solo dígales que tiene VSP.

**Inscríbase hoy mismo.**

Comuníquese con nosotros: **866.673.0307** o **es.vsp.com**

## RESUMEN DE SUS BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA DE VSP

Employer sponsored (00102647) Signature B \$10 y VSP le proporcionan un plan de atención de la vista accesible.

## RED DE PROVEEDORES:

VSP Signature



| BENEFICIO                              | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | COPAGO                              | FRECUENCIA        |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| SU COBERTURA CON UN PROVEEDOR DE VSP   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                   |
| WELLVISION EXAM                        | <ul style="list-style-type: none"><li>Se concentra en sus ojos y bienestar general</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$10 para examen y anteojos         | Cada 12 meses     |
| ANTEOJOS DE RECETA                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                   |
| ARMAZÓN                                | <ul style="list-style-type: none"><li>Asignación de \$180 para marcas de armazones fabulosas</li><li>Asignación de \$160 armazones</li><li>Ahorro de 20% sobre el monto que exceda su asignación</li><li>Asignación de \$90 en Walmart*/Sam's Club*/Costco*</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                     | Combinado(s) con el examen          | Cada 24 meses     |
| LENTE                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>Lentes de visión sencilla, bifocal con línea y trifocal con línea</li><li>Lentes resistentes a impactos para hijos dependientes</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Combinado(s) con el examen          | Cada 12 meses     |
| MEJORAS DE LENTES                      | <ul style="list-style-type: none"><li>Lentes progresivos estándar</li><li>Lentes progresivos de primera calidad</li><li>Lentes progresivos personalizados</li><li>Ahorro promedio de 40% en otras mejoras de lentes</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$0<br>\$80 - \$90<br>\$120 - \$160 | Cada 12 meses     |
| LENTE DE CONTACTO (EN VEZ DE ANTEOJOS) | <ul style="list-style-type: none"><li>\$130 de asignación para lentes de contacto; no aplica copago</li><li>Examen para lentes de contacto (ajuste y evaluación)</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Hasta \$60                          | Cada 12 meses     |
| ATENCIÓN PRIMARIA DE LA VISTA          | <ul style="list-style-type: none"><li>Prueba de detección de la retina para miembros elegibles con diabetes</li><li>Otros exámenes y servicios para miembros con diabetes, glaucoma o degeneración macular relacionada con la edad.</li><li>Tratamiento y diagnósticos de condiciones de los ojos, incluyendo conjuntivitis, pérdida de la vista y cataratas disponibles para todos los miembros.</li><li>Puede que existan limitaciones y coordinación con la cobertura médica. Consulte a su doctor de VSP para más detalles.</li></ul> | \$0<br><br>\$20 por examen          | Según se necesite |
| AHORROS ADICIONALES                    | <b>Anteojos y anteojos de sol</b> <ul style="list-style-type: none"><li>\$20 adicionales para gastar en armazones de una marca listada. Visite <a href="http://vsp.com/offers">vsp.com/offers</a> para conocer detalles.</li><li>Ahorro de 30% en anteojos y anteojos de sol adicionales, incluyendo mejoras de lentes, del mismo proveedor de VSP el mismo día que su WellVision Exam. O bien, obtenga un ahorro de 20% de cualquier proveedor de VSP a menos de 12 meses de su último WellVision Exam.</li></ul>                        |                                     |                   |
|                                        | <b>Prueba de detección de rutina para la retina</b> <ul style="list-style-type: none"><li>No más de un copago de \$39 en la prueba de detección de la retina de rutina como mejora a un WellVision Exam.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                   |
|                                        | <b>Corrección láser de la vista</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Promedio de 15% de descuento del precio regular o 5% de descuento del precio promocional; los descuentos sólo disponibles en los establecimientos contratados</li><li>Después de la cirugía use su asignación para armazón (si es elegible) para anteojos de sol de cualquier proveedor de VSP</li></ul>                                                                                                                                                        |                                     |                   |

## SU COBERTURA CON PROVEEDORES FUERA DE LA RED

Obtenga el mejor partido de sus beneficios, y mayores ahorros con un médico de la red de VSP. Llame a los Servicios para miembros para obtener información del plan sobre servicios fuera de la red

La cobertura con una cadena de establecimientos puede ser diferente o no aplicarse. Inicie sesión en [es.vsp.com](http://es.vsp.com) para confirmar la elegibilidad de sus beneficios y los centros dentro de la red según su tipo de plan. VSP solo garantiza la cobertura de proveedores de la red de VSP. La información de la cobertura está sujeta a cambios. Si hubiera algún conflicto entre esta información y el contrato que tiene su organización con VSP, prevalecerán los términos del contrato. Dependiendo de las leyes aplicables, los beneficios pueden variar por zona. En el estado de Washington, VSP Vision Care, Inc., es el nombre legal de la corporación por medio de la cual VSP hace negocios.

\*Disponible únicamente para miembros de VSP con beneficios aplicables del plan. Las promociones y los armazones de marca están sujetos a cambios. Ahorros basados en el precio minorista del médico y varían por plan y elección de compra, el promedio de ahorros se determina después de que se aplican los beneficios. Hable con su médico de la red de VSP para obtener más información.

Clasificación: Restringido

©2021 Vision Service Plan. Todos los derechos reservados.

VSP, VSP Visión sana. Vida sana, Eyeconic y WellVision Exam son marcas comerciales registradas, y VSP Diabetic Eyecare Plus Program es una marca de servicio de Vision Service Plan. Flexon es una marca registrada de Marchon Eyewear, Inc. Todas las demás marcas son marcas o marcas registradas de sus respectivos propietarios.