

## VSP Takes Value to a New Level



You still get the widest network of doctors, the very best care and the most expansive selection of eyewear, with ridiculously low out-of-pocket costs.

**With VSP you get:**

- The best vision benefit on the market
- A large network of practitioners
- Exceptional pricing
- No "card" required. Just let your optometrist know you have VSP at work!

**Plus!**

Even easier ordering options for eyeglasses and contacts!

Introducing VSP's eyeconic<sup>®</sup> online ordering capabilities—

COUNTLESS  
PRODUCT CHOICES &

*up to* **\$220**

**IN SAVINGS**

eyeconic<sup>®</sup>



# Vision Plan Options & Contributions

## Benefits

Benefits and Services	Plan A—Premier		Plan B—Value	
	In-Network	Out-of-Network (Plan Pays)	In-Network	Out-of-Network (Plan Pays)
WellVision Exam	\$10 copay	Up to \$45	\$10 copay	Up to \$45
Frames Allowances	\$225; \$245 for featured frame brands	Up to \$70	\$175; \$195 for featured frame brands	Up to \$70
Lightcare	\$225	-	\$175	-
Contacts Allowances	\$195	Up to \$105	\$165	Up to \$105
Kids Care	Additional lenses fully covered, minimum prescription change required	Additional lenses fully covered, minimum prescription change required	Not Available	Not Available

## Safety Glasses Coverage Included With Your Current Coverage (Coverage is valid for team members only)

Benefit	VSP Preferred Providers Subject to applicable copay <sup>1</sup>	Other Providers Subject to applicable copay <sup>1</sup>
Single Vision Lenses	Covered in full <sup>1</sup>	Reimbursed up to \$35
Lined Bifocal Lenses	Covered in full <sup>1</sup>	Reimbursed up to \$45
Lined Trifocal Lenses	Covered in full <sup>1</sup>	Reimbursed up to \$60
ProTec Eyewear® Frame	Covered in full <sup>1</sup>	Reimbursed up to \$25

<sup>1</sup> When covered-in-full services are obtained from a VSP Preferred Provider, the patient will have no out-of-pocket expense other than any applicable copays. Services obtained through other providers are subject to the same copayments and limitations. Please refer to rate page.

## Plan A Contributions

Vision (VSP)	Plan A - Premier Plan (Weekly)	Plan A - Premier Plan (Monthly)
Single/Individual	\$2.57	\$11.15
Employee + 1	\$4.85	\$21.03
Family	\$7.63	\$33.08

## Plan B Contributions

Vision (VSP)	Plan B - Value Plan (Weekly)	Plan B - Value Plan (Monthly)
Single/Individual	\$1.43	\$6.21
Employee + 1	\$2.57	\$11.15
Family	\$3.96	\$17.17

## VSP eleva el valor a un nuevo nivel



Usted sigue teniendo a su disposición la red más amplia de médicos, la mejor atención y la más amplia selección de anteojos, con precios de bolsillo ridículamente bajos.

**Con VSP usted obtiene:**

- El mejor beneficio de la vista en el mercado
- Una amplia red de médicos
- Precios excepcionales
- No se requiere de "tarjeta". ¡Solo informe a su optometrista que usted tiene VSP en el trabajo!

**¡Además!**

¡Opciones aún más fáciles de hacer pedidos de anteojos y lentes de contacto!

Presentamos el servicio de pedidos en línea eyeconic® de VSP—

MUCHAS  
OPCIONES DE  
PRODUCTOS Y

*hasta* **\$220**  
**EN AHORROS**

eyeconic®



## Opciones y contribuciones al plan de la vista

### Beneficios

Beneficios y servicios	Plan A—Premium		Plan B—Intermedio	
	Dentro de la red	Fuera de la red (el Plan paga)	Dentro de la red	Fuera de la red (el Plan paga)
WellVision Exam	\$10 de copago	Hasta \$45	\$10 de copago	Hasta \$45
Beneficios para armazones	\$225; \$245 para espejuelos de marcas famosas	Hasta \$70	\$175; \$195 para espejuelos de marcas famosas	Hasta \$70
Lightcare	\$225	-	\$175	-
Asignaciones para lentes de contacto	\$195	Hasta \$105	\$165	Hasta \$105
Atención infantil	Lentes adicionales totalmente cubiertos, se requiere de cambio mínimo en la receta	Lentes adicionales totalmente cubiertos, se requiere de cambio mínimo en la receta	No disponible	No disponible

### Cobertura de anteojos de seguridad incluida con su cobertura actual (la cobertura es válida solo para miembros del equipo)

Beneficio	Proveedores preferidos de VSP Sujeto al copago aplicable <sup>1</sup>	Otros proveedores Sujeto al copago aplicable <sup>1</sup>
Lentes monofocales	Cubierto en su totalidad <sup>1</sup>	Reembolso hasta \$35
Lentes bifocales con línea divisoria	Cubierto en su totalidad <sup>1</sup>	Reembolso hasta \$45
Lentes trifocales con línea divisoria	Cubierto en su totalidad <sup>1</sup>	Reembolsado hasta \$60
Armazón ProTec Eyewear®	Cubierto en su totalidad <sup>1</sup>	Reembolsado hasta \$25

<sup>1</sup> Cuando se reciben servicios cubiertos en su totalidad de un Proveedor Preferido de VSP, el paciente no tendrá más gastos de bolsillo que cualquier copago aplicable. Los servicios obtenidos a través de otros proveedores están sujetos a los mismos copagos y limitaciones. Por favor consulte la página de tarifas.

### Contribuciones al Plan A

Vista (VSP)	Plan A - Plan Premium (semanalmente)	Plan A - Plan Premium (mensualmente)
Solo/Individual	\$2.57	\$11.15
Empleado + 1	\$4.85	\$21.03
Familiar	\$7.63	\$33.08

### Contribuciones al Plan B

Vista (VSP)	Plan B - Plan intermedio (semanalmente)	Plan B - Plan intermedio (mensualmente)
Solo/Individual	\$1.43	\$6.21
Empleado + 1	\$2.57	\$11.15
Familiar	\$3.96	\$17.17