Beneficios oftalmológicos con dos opciones de planes

Graham Group US

El primer paso para determinar la mejor opción es buscar a su proveedor o tienda preferidos en los sitios Web vsp.com y eyemed.com. Después, compare los beneficios de cada opción y decida cuál plan es el mejor para usted.

Red de proveedores VSP

COSTCO OPTICAL · sam's club · Walmart · Visionworks · PEARLE VISION

Ubicaciones disponibles en todo el país. VSP cuenta con la red de doctores independientes mas grande

del pais y ofrece acceso a promociones especiales en ciertos

establecimientos VSP Premier Edge.

Compras en línea. Para comprar en línea anteojos y artículos de la vista en el sitio Web eyeconic.com. Eyeconic es parte de la red VSP y sus beneficios oftalmológicos dentro de la red se aplicarán directamente a su orden en línea.

Anteojos O lentes de contacto durante un mismo año. Sus beneficios VSP pueden usarse para lentes de contacto O anteojos durante el año de beneficios. No recibira una provision para armazones si ya eligio aplicar sus beneficios oftalmologicos a lentes de contacto durante el mismo año de beneficios.

Red de proveedores EyeMed

LENSCRAFTERS · PEARLE VISION · TARGET OPTICAL

Ubicaciones disponibles en todo el país. EyeMed ofrece una de las redes de proveedores oftalmológicos más grandes del país con una combinación de proveedores independientes y cadenas de tiendas de venta al menudeo.

Compras en línea. Busque y compre en línea anteojos y artículos de la vista con los beneficios dentro de la red. Los beneficios oftalmológicos se aplican directamente a sus órdenes en línea en lenscrafters.com, targetoptical.com, rayban.com, oakley.com, glasses.com y contactsdirect.com.

Anteojos Y lentes de contacto durante un mismo año. Si usa su beneficio para lentes para comprar lentes de contacto, aun puede usar la provisión para armazones para comprar anteojos nuevos durante el mismo ano de beneficios. Los lentes oftálmicos que se colocan en los nuevos armazones deberán pagarse de su propio bolsillo.

Acuda a cualquier proveedor oftalmológico. Usted tiene la libertad de acudir a cualquier proveedor oftalmológico. Sin embargo, al utilizar un proveedor de la red, podrá aprovechar mejor sus beneficios, y el proveedor se encargará de presentar el reclamo por usted. Si recibe atención de un proveedor fuera de la red, deberá pagar el saldo total y presentar un reclamo con su recibo detallado para solicitarnos el reembolso conforme a los beneficios fuera de la red. **Consulte los sitios Web vsp.com y eyemed.com para encontrar a un proveedor o determinar si su proveedor actual pertenece a la red.**

Ejemplo de gastos directos. Los montos que aparecen a continuación son solo ejemplos. El costo a pagar por el afiliado se basa en la cobertura del plan, pero no incluye el deducible. El costo sin seguro se estimó usando el costo promedio a nivel nacional de $200 dólares. Es posible que varíe lo que cobre el proveedor.

Costo para los miembros del plan	Examen	Lentes monofocales	Armazones
Sin seguro	$181	$98	$200
Dentro de la red	$10	$20	$0
Fuera de la red	$136	$68	$110

Costo para los miembros del plan	Examen	Lentes monofocales	Armazones
Sin seguro	$181	$98	$200
Dentro de la red	$10	$20	$0
Fuera de la red	$146	$73	$110

Estamos para ayudarle

Una vez que su cobertura comience, consulte el sitio Web **ameritas.com** y abra una cuenta en línea para revisar la información del plan. Comuníquese con Ameritas para obtener su tarjeta de identificación o si tiene preguntas acerca de la red de proveedores.
group@ameritas.com | 800-487-5553

Para obtener información acerca de reclamos, beneficios o de la red de proveedores:

Comuníquese con VSP al **800-877-7195** — Abra su cuenta VSP en el sitio Web **vsp.com**
Comuníquese con EyeMed al **866-289-0614** — Abra su cuenta EyeMed en el sitio Web **eyemed.com**

Ameritas
fulfilling life.

Este documento no es un certificado de seguro o garantía de cobertura. © 2026 Ameritas Mutual Holding Company. Aviso legal completo (ameritas.com/dental-vision-legal).

Beneficios del plan oftalmológico	Red de proveedores **VSP** Choice		Red de proveedores **EyeMed** Insight	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Frecuencias				
Examen	Cada **12** meses		Cada **12** meses	
Lentes para anteojos o lentes de contacto	Cada **12** meses		Cada **12** meses	
Armazones	Cada **24** meses		Cada **24** meses	
Deducible El monto que paga cada persona por ano calendario antes de que se apliquen los beneficios	**$10** examen **$20** par completo de anteojos O armazones, cualquiera que sea lo elegido		**$10** examen **$20** lentes para anteojos	No hay deducible
Examen anual de la vista	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$45**	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$35**
Lentes para anteojos				
Monofocales	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$30**	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$25**
Bifocales	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$50**	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$40**
Trifocales	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$65**	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$55**
Lenticulares	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$100**	**20% de descuento**	Sin cobertura
Progresivos estándar	**$55**	**Hasta la provisión de bifocales con línea**	**Costo para el miembro: $65 mas el deducible para lentes**	**Hasta la provisión de bifocales con línea**
Armazones	Hasta **$200***	Hasta **$90**	Hasta **$200**	Hasta **$90**
Lentes de contacto opcionales	Hasta **$150**	Hasta **$144**	Hasta **$150**	Hasta **$144**
Ajuste y examen de seguimiento estándar	Costo para el miembro de hasta **$60**	Sin cobertura	Costo para el miembro de hasta **$40**	Sin cobertura
Beneficio de anteojos de seguridad				
Examen anual de la vista para anteojos de seguridad	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$8**		
Armazones	**Hasta $65**	Hasta **$25**	Sin cobertura	Sin cobertura
Lentes para anteojos de seguridad				
Monofocales	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$30**		
Bifocales	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$45**		
Trifocales	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$60**		
Lenticulares	**Cubierto en su totalidad**	Hasta **$90**		

Cuando acude a un proveedor perteneciente a la red, usted obtiene descuentos en una variedad de opciones de lentes. Consulte a continuación el costo para los miembros del plan.

	Red de proveedores VSP*	**Red de proveedores EyeMed**
Policarbonato estándar (resistente a impactos)	$33 adultos, $0 menores de edad	$40
Tintes y colorantes uniformes para lentes de plastico (excepto rosa I y II)	$15-$17	$15
Fotocromatico (se oscurece y aclara segun la luz)	$31-$82	$75
Resistente a rayones	$17-$33	$15
Antirreflejo estándar	$43-$85	$45
Protección a rayos ultravioleta	$16	$15

Ahorros de la red EyeMed. Los descuentos EyeMed incluyen 20% de descuento sobre el monto que exceda la provision para armazones al precio de venta al publico, materiales que no estén cubiertos por el plan y anteojos recetados adicionales. Existe un 15% de descuento disponible en procedimientos LASIK y en el restante de lentes de contacto.
Ahorros de la red VSP. Los descuentos de proveedores VSP incluyen 20% de descuento sobre el monto que exceda la provision para armazones al precio de venta al publico, entre 20 y 30% de descuento adicional en anteojos recetados y gafas de sol sin prescripción. Además de entre 30 y 40 por ciento de descuento en componentes extras en lentes. Un 15% de descuento está disponible para procedimientos LASIK.

Según las leyes pertinentes, los costos variarán por la ubicación del doctor y tipo de material. Los costos están sujetos a cambios sin previo aviso.

*No todos los proveedores en las sucursales de Costco, Walmart y Sam's Club son proveedores de la red VSP. Le pedimos que verifique que su proveedor pertenezca a la red VSP antes de buscar servicios. La provisión para armazones en algunas tiendas puede ser menor debido a los precios de mayoreo.