



Corporativo (801)262-7475  
Servicio al cliente (800)662-5851  
[EMIHealth.com](http://EMIHealth.com)

Grupo:  
Plan:  
Fecha Efectiva:  
Tipo de plan:

**Edge Building Services, Inc. (Plan #4302)**

**VSP Plus 10-130**

1/1/2026

Voluntario

	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Red</b>	<b>VSP Choice Plus</b>	
<b>Examen WellVision</b>	Copago de \$10	Hasta \$65
<b>Lentes (vidrio o plástico)</b>		
Monofocales	Copago de \$10	Hasta \$30
Bifocales con línea divisoria	Copago de \$10	Hasta \$50
Trifocales con línea divisoria	Copago de \$10	Hasta \$65
Lenticulares	Copago de \$10	Hasta \$100
<b>Opciones de lentes</b>		
Progresivos (estándar sin línea)	Copago de \$ 0	Hasta \$50 (en lugar de reembolso de lentes bifocales con línea divisoria)
Opciones de progresivos premium	Copago de \$95 a \$105	
Opciones de progresivos personalizados	Copago de \$150 a \$175	
Color degradado de plástico	Copago de \$17	
Color sólido de plástico	Copago de \$15	n.d.
Lentes fotocromáticos	Copago de \$75	
Policarbonato para adultos	Copago de \$31 visión simple (SV)/Copago de \$35 multifocales	
Policarbonato para niños (menores de 18 años de edad)	Copago de \$ 0	
<b>Recubrimientos</b>		
Recubrimiento resistente a los rayos	Copago de \$17	n.d.
Recubrimiento antirreflectante	Copago de \$41	
Protección Ultra Violeta UV	Copago de \$16	
Mejoras adicionales de lentes	Hasta 25% de descuento	
<b>Monturas</b>		
Límite basado en precios al por menor	Límite de \$130 en cualquier médico de VSP o \$70 en Costco, Sam's Club o Walmart	Hasta \$80
Pares adicionales de lentes**	Hasta 20% de descuento al por menor	n.d.
<b>Lentes de contacto optativos en lugar de monturas y lentes</b>		
El ajuste de lentes de contacto optativos, los servicios de evaluación y los lentes de contacto recetados están cubiertos hasta el límite del plan. 15% de descuento dado a ajuste de lentes de contacto y servicios de evaluación, excluyendo materiales.	Límite de \$130	Hasta \$115
<b>Frecuencia</b>		
Examen, lentes, montura o lentes de contacto	Cada 12 meses	
<b>Cirugía refractiva</b>		
LASIK***	Hasta \$500 de ahorro	Sin cobertura
<b>Tasas Mensuales</b>		<b>Voluntario</b>
Empleado		\$8.90
Empleado + Cónyuge		\$18.70
Empleado + Hijo(s)		\$20.20
Empleado + Cónyuge + Hijo(s)		\$28.70
<b>Notas</b>		
Este es un resumen de los beneficios del plan. La póliza real detallará todas las limitaciones y exclusiones del plan.		
** 20% de descuento en pares adicionales ilimitados de lentes ofrecidos a través de cualquier proveedor de VSP Choice dentro de 12 meses después del último examen de la vista cubierto.		
*** Promedio de descuentos del 15 al 20% o 5% de una oferta promocional para cirugía láser, incluyendo PRK, LASIK, Custom LASIK, e IntraLase3		