



¡BIENVENIDOS!

BENEFICIOS DE GAFAS RECETADAS - OBSERVE LA DIFERENCIA CON SURENCY VISION

It sure is easy.

OBTenga LA COMODIDAD QUE NECESITA Y LAS OPCIONES DE PROVEEDORES QUE DESEA

- + Con acceso a más de 100,000 proveedores en todo el país, encontrar un proveedor de *Surency Vision* es fácil y una tarea menos de la que preocuparse. *Surency Vision* combina la amplia red de proveedores de EyeMed con la fuerte orientación al cliente de Surency, el tipo de orientación que usted se merece.

BUSCAR UN PROVEEDOR POR:

- + Código Postal (ZIP)
- + Nombre del Proveedor/Comercio
- + Horarios
- + Servicios
- + Productos
- + Marcas

VISITE SURENCY.COM/STATEOFKANSAS PARA ENCONTRAR UN PROVEEDOR RED CERCA, VISITE.

contactsdirect

GLASSES.COM

¿LISTO PARA SOLICITAR ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO?

¡UTILICE *Glasses.com* O *ContactsDirect.com/Surency* PARA APROVECHAR SUS BENEFICIOS EN EL MOMENTO DE LA COMPRA! SOLO TIENES QUE INTRODUCIR LA INFORMACIÓN DE TU SEGURO Y VER CUÁL SERÁ EL COSTO DE TU BOLSILLO ANTES DE COMPRAR. ADEMÁS, ¡NO ES NECESARIO PRESENTAR RECLAMOS!

¡ACCEDA A SU CUENTA SURENCY VISION DESDE SU TELÉFONO CON NUESTRA APLICACIÓN MOVIL!

- + Encuentre un proveedor de la red
- + Acceda a su Tarjeta ID móvil
- + Compruebe su elegibilidad
- + Verificar el estado de sus reclamos
- + Pedir lentes de contacto
- + ¡y mucho más!

Busque Surency Vision en la App Store o en Google Play.



PARA ENCONTRAR UN PROVEEDOR RED CERCA DE USTED, VISITE
SURENCY.COM/STATEOFKANSAS



LENSCRAFTERS





RESUMEN DE BENEFICIOS

BENEFICIOS DE SURENCY

| Servicio o Producto | Plan Básico: de la Red | Plan Avanzado: de la Red | Fuera de la Red |
|---|---|---|--|
| Exámenes de la Vista: Sujeto a un copago de \$50 | | | |
| Examen de la Vista, M.D. o O.D. | Cubierto en su totalidad después del Copago | Cubierto en su totalidad después del Copago | Hasta \$38* |
| Lentes: Sujeto a un Copago de \$25 por materiales | | | |
| Marco | Hasta \$100 al por menor* | Hasta \$150 al por menor* | Básico: Hasta \$45* Avanzado: Hasta \$78* |
| Lentes Monofocales, Par | Cubierto en su totalidad después del Copago | Cubierto en su totalidad después del Copago | Hasta \$31* |
| Lentes Bifocales, Par | Cubierto en su totalidad después del Copago | Cubierto en su totalidad después del Copago | Hasta \$51* |
| Lentes Trifocales, Par | Cubierto en su totalidad después del Copago | Cubierto en su totalidad después del Copago | Hasta \$64* |
| Lentes Lenticulares, Par | Cubierto en su totalidad después del Copago | Cubierto en su totalidad después del Copago | Hasta \$80* |
| Lentes Progresivos, Par | No Cubierto | Cubierto hasta \$165* | No Cubierto |
| Lentes de Alto Índice, Par | No Cubierto | Cubierto hasta \$116 al por menor* | No Cubierto |
| Lentes de Policarbonato, Par | Miembros pagan hasta \$40 | Cubierto en su totalidad | No Cubierto |
| Recubrimiento contra arañazos | Miembros pagan hasta \$15 | Cubierto en su totalidad | No Cubierto |
| Revestimiento UV | Miembros pagan hasta \$15 | Cubierto en su totalidad | No Cubierto |
| Lentes de Contacto: No sujeto a copago de materiales | | | |
| Electiva/Cosmética al por menor | Cubierto hasta \$150 del precio al público* | Cubierto hasta \$150 de su precio al público* | Cubierto hasta \$105* |
| Cuando sea Medicamento Necesario | Cubierto en su totalidad | Cubierto en su totalidad | Cubierto hasta \$105* |
| Tarifa de Adaptación de Lentes de Contacto: \$35 de Copago | | | |
| Lentes de Contacto Estándar** | Cubierto en su totalidad después del Copago | Cubierto en su totalidad después del Copago | No Cubierto |
| Lentes de Contacto Especiales*** | 10% de descuento de precio al público, menos \$55 de subsidio | 10% de descuento de precio al público, menos \$55 de subsidio | No Cubierto |
| Frecuencias | | | |
| Examen de la Vista | Cubre una vez cada año calendario. | | |
| Marcos | Cubre una vez cada año calendario. | | |
| Lentes de la Montura | Cubre una vez cada año calendario a menos que sean elegidos los lentes de contacto. | | |
| Lentes de Contacto | Cubre una vez cada año calendario a menos que sean elegidos los lentes de la montura. | | |

*Usted es responsable de cualquier gasto que supere la franquicia.

**La adaptación de lentes de contacto estándar y hasta dos visitas de seguimiento están cubiertas una vez que se hayan realizado un examen oftalmológico completo. Los usuarios típicos de lentes estándar incluyen lentes desechables, de uso diario o de uso prolongado.

***Adaptación de lentes de contacto especiales y hasta dos visitas de seguimiento cubiertas una vez que se haya realizado un examen oftalmológico completo. Los usuarios típicos de lentes especiales incluyen lentes teóricas, permeables al gas y multifocales.