



Desde hace más de 50 años, UnitedHealthcare Vision es una compañía de confianza que proporciona soluciones innovadoras y económicas para el cuidado de la vista a los empleadores más importantes del país, a través de personas con experiencia y orientadas al cliente, y por medio de la red de cuidado de la vista más accesible y diversificada del país.

Solo Materiales**Frecuencia del Beneficio**

Exámenes completos	Una vez cada 0 meses
Lentes para anteojos	Una vez cada 12 meses
Marcos	Una vez cada 24 meses
Lentes de contacto en lugar de anteojos	Una vez cada 12 meses

Servicios Dentro de la Red**Copagos**

Anteojos (lentes y marco)	\$15.00
Lentes de contacto en lugar de anteojos	\$15.00

Beneficio de Marcos (para marcos que exceden la asignación, es posible que se aplique un descuento adicional del 30% al excedente)¹

Proveedor de práctica privada	\$130.00 de asignación para marcos de venta minorista
Proveedor de cadenas de venta minorista	\$130.00 de asignación para marcos de venta minorista

Opciones de Lentes

Lentes de policarbonato con revestimiento estándar resistente a rayaduras para hijos dependientes (de hasta 19 años) - cubiertos en su totalidad.

Beneficio de Lentes de Contacto² (Los lentes de contacto del Formulario son los lentes de contacto incluidos en la lista de lentes de contacto de nuestro Formulario. Los lentes de contacto que no están en esta lista son conocidos como lentes de contacto excluidos del Formulario. Puede buscar una copia de la lista en myuhcvision.com).

Lentes de contacto del Formulario Las tarifas de evaluación/adaptación, los lentes de contacto y hasta dos visitas de seguimiento están cubiertos en su totalidad después del copago.	Si elige lentes de contacto desechables, se incluyen hasta 4 cajas cuando se obtienen de un proveedor dentro de la red.
Lentes de contacto excluidos del Formulario Se aplica una asignación para la compra de lentes de contacto excluidos del Formulario. No tiene que pagar el copago por lentes de contacto.	\$105.00
Lentes de contacto necesarios³	Cubiertos en su totalidad después del copago (si corresponde).

Beneficio de Cuidado de la Vista de Maternidad y para Niños

Los miembros de 0 a 12 años y las mujeres miembros embarazadas o que dan el pecho cumplen los requisitos para un 2.º examen. Los miembros de 0 a 12 años y las mujeres miembros embarazadas o que dan el pecho también cumplen los requisitos para un reemplazo de marcos y lentes si la receta cambia en 0.5 dioptrías o más. Los beneficios del 2.º examen y del reemplazo son los mismos que el beneficio por el examen inicial, el marco y los lentes.

Reembolsos Fuera de la Red (No se aplican Copagos)

Exámenes	Hasta \$0.00
Marcos	Hasta \$45.00
Lentes monofocales	Hasta \$40.00
Lentes bifocales y progresivos	Hasta \$60.00
Lentes trifocales	Hasta \$80.00
Lentes lenticulares	Hasta \$80.00
Lentes de contacto electivos en lugar de anteojos ²	Hasta \$105.00
Lentes de contacto necesarios en lugar de anteojos ³	Hasta \$210.00

Descuentos

Corrección de la vista con láser

UnitedHealthcare se asoció con QualSight LASIK, el administrador de LASIK más importante de los Estados Unidos, para ofrecer a nuestros miembros acceso a descuentos en los proveedores de corrección de la vista con láser. Los ahorros para los miembros representan hasta un 35% menos del precio promedio nacional de Traditional LASIK. Precios contratados a partir de \$945 por ojo por Traditional LASIK y \$1,395 por ojo por Custom LASIK. También se ofrecen descuentos en tecnologías más nuevas como Custom Bladeless LASIK (todo con láser, sin bisturí). Para obtener más información, visite myuhcvision.com.

Materiales Adicionales

En un proveedor participante de la red, usted recibirá un descuento de hasta el 20% en un par de anteojos o lentes de contacto adicionales. Este programa estará disponible después de que se hayan agotado sus beneficios de la vista. Tenga en cuenta que este descuento no se considerará un seguro y que UnitedHealthcare no pagará ni reembolsará al proveedor o miembro por fondos que se adeuden o se hayan gastado. No es necesario que los materiales adicionales se compren en el momento de la compra inicial de materiales.

Aparatos Auditivos

Como miembro de un plan de la vista de UnitedHealthcare, usted puede ahorrar en aparatos auditivos programados a medida cuando los compra en UnitedHealthcare Hearing. Para obtener más información, visite UHChearing.com. Cuando realice su pedido, use el código de promoción MYVISION para obtener el descuento especial en el precio.

Ejemplos de Ahorros

Costo	Solo el Empleado	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijos	Empleado + Familia
Prima mensual	\$3.33	\$6.66	\$7.33	\$11.41
Prima anual	\$39.96	\$79.92	\$87.96	\$136.92
Ahorro aprox. antes de impuestos (20%) ⁴	\$7.99	\$15.98	\$17.59	\$27.38
Prima anual ajustada según impuestos	\$31.97	\$63.94	\$70.37	\$109.54
Más copagos	\$15.00	\$30.00	\$45.00	\$60.00
Costo Total para el Empleado	\$46.97	\$93.94	\$115.37	\$169.54

Examen y Materiales Cubiertos por el Plan de UnitedHealthcare Vision	Costo Aproximado Sin un Plan de la Vista ⁵	Menos el Costo para el Empleado	Ahorro Total con UnitedHealthcare Vision
Solo el Empleado Examen, lentes monofocales y marcos cubiertos en su totalidad	\$275.00	\$46.97	\$228.03
Empleado + Cónyuge Examen, lentes monofocales y marcos cubiertos en su totalidad	\$550.00	\$93.94	\$456.06
Empleado + Hijos ⁶ Examen, lentes monofocales y marcos cubiertos en su totalidad	\$825.00	\$115.37	\$709.63
Empleado + Familia ⁷ Examen, lentes monofocales y marcos cubiertos en su totalidad	\$1,100.00	\$169.54	\$930.46

¹30% de descuento en la mayoría de los proveedores de la red participantes. Puede excluir ciertos fabricantes de marcos. Verifique todos los descuentos con su proveedor.

²Los lentes de contacto son en lugar de lentes y marco para anteojos. La cobertura para lentes de contacto del Formulario no se aplica en todos los proveedores dentro de la red. La asignación para lentes de contacto excluidos del Formulario se aplica a los materiales. Ninguna porción se aplicará exclusivamente a la evaluación y adaptación.

³La necesidad de lentes de contacto la determina el proveedor según su criterio de acuerdo con una o más de las siguientes condiciones: Luego de una cirugía de cataratas sin implante de lente intraocular; para corregir problemas extremos de la vista que no se pueden corregir con lentes y marco para anteojos; con ciertas condiciones como anisometropía, queratocono, astigmatismo/irregularidad corneal, afaquia, miopía patológica, aniseiconia, aniridia, deformidad facial o deformidad de la córnea. Si su proveedor considera que los lentes de contacto son necesarios, usted debe solicitarle que se comunique con UnitedHealthcare Vision para confirmar el reembolso que hará UnitedHealthcare antes de comprar dichos lentes de contacto.

⁴El ahorro impositivo real dependerá de su segmento impositivo particular.

⁵Valor de venta minorista aproximado del ejemplo: Examen y refracción (\$65), lentes monofocales (\$80) y marcos (\$130). El costo de venta minorista promedio puede variar según el proveedor.

⁶A efectos de este cálculo, Empleado + Hijos incluye a tres (3) miembros.

⁷A efectos de este cálculo de ejemplo, Empleado + Familia incluye a cuatro (4) miembros.

Información Importante para Recordar:

Dentro de la Red

- Identifíquese siempre como miembro de UnitedHealthcare Vision cuando programe su cita. De esta manera, su proveedor podrá obtener su información sobre beneficios.
- Su proveedor participante le ayudará a determinar qué lentes de contacto están disponibles en el Formulario de UnitedHealthcare.
- Las opciones de lentes del paciente que no están cubiertas en su totalidad pueden estar disponibles con un descuento en los proveedores participantes. Según las pautas del estado, es posible que los materiales y las opciones de lentes no estén disponibles a estos precios de descuento en todos los proveedores. Pídale más detalles a su proveedor. Puede buscar la lista de opciones de lentes en myuhcvision.com.

Búsqueda y Elección de Proveedores de Cuidado de la Vista

UnitedHealthcare ofrece su programa para la vista a través de una red nacional que incluye proveedores de práctica privada y de cadenas de venta minorista. Para acceder al servicio Localizador de Proveedores o para obtener un Directorio impreso, visite nuestro sitio web en myuhcvision.com o llame al (800) 638-3120, las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede ver sus beneficios, buscar un proveedor o imprimir una tarjeta de ID en Internet en myuhcvision.com.

Conserve este Resumen de Beneficios de la Vista de UnitedHealthcare que incluye información detallada sobre los beneficios e instrucciones para usar el programa.

Consulte el Certificado de Cobertura para ver una explicación completa de los beneficios.

Proveedor Dentro de la Red - El participante del programa le paga al proveedor los copagos y las opciones del paciente sin cobertura en el momento del servicio.

Proveedor Fuera de la Red - El participante le paga todos los cargos facturados al proveedor, y UnitedHealthcare le reembolsa al participante los servicios prestados hasta la asignación máxima. No se aplican copagos a los beneficios fuera de la red. Los recibos de pago se deben enviar en un plazo no mayor de 90 días después de la fecha del servicio a la siguiente dirección: UnitedHealthcare Vision, Attn. Claims Department, P.O. Box 30978, Salt Lake City, UT 84130. Si no fue razonablemente posible entregar un comprobante por escrito en el momento solicitado, la compañía no reducirá ni denegará el reclamo por este motivo. Sin embargo, se debe presentar el comprobante tan pronto como sea razonablemente posible, antes de que transcurra 1 año después de la fecha de servicio, a menos que la persona cubierta estuviera legalmente incapacitada.

Llame a Servicio al Cliente al número gratuito (800) 638-3120 de 8:00 a.m. a 11:00 p.m., hora del Este, de lunes a viernes; y de 9:00 a.m. a 6:30 p.m., hora del Este, los sábados.

Este Resumen de Beneficios solo pretende destacar sus beneficios y no se debe depender de su contenido para determinar completamente su cobertura. Es posible que este plan de beneficios no cubra todos sus gastos de cuidado de la salud. En el Certificado de Cobertura que recibirá al inscribirse en el plan, encontrará descripciones más completas de los beneficios y las condiciones en las cuales se proporcionan. Si este Resumen de Beneficios discrepa de alguna manera de la póliza emitida a su empleador, prevalecerá la póliza.

La cobertura de UnitedHealthcare Vision es proporcionada por o a través de UnitedHealthcare Insurance Company, ubicada en Hartford, Connecticut, UnitedHealthcare Insurance Company of New York, ubicada en Islandia, New York, o sus compañías afiliadas. Los servicios administrativos son prestados por Spectera, Inc., United HealthCare Services, Inc. o sus compañías afiliadas. Los planes que se venden en Texas usan el número de formulario de póliza VPOL.06.TX, VPOL.13.TX o VPOL.18.TX y el número de formulario del Certificado de Cobertura asociado, VCOC.INT.06.TX, VCOC.CER.13.TX o VCOC.18.TX. Los planes que se venden en Virginia usan el número de formulario de póliza VPOL.06.VA, VPOL.13.VA o VPOL.18.VA y el número de formulario del Certificado de Cobertura asociado, VCOC.INT.06.VA, VCOC.CER.13.VA o VCOC.18.VA. Si opta por recibir servicios para el cuidado de la vista o materiales para el cuidado de la vista que no son beneficios cubiertos por este plan, un proveedor de cuidado de la vista participante podría cobrarle la tarifa normal por dichos servicios o materiales. Antes de prestarle servicios para el cuidado de la vista o de suministrarle materiales para el cuidado de la vista que no son beneficios cubiertos, el proveedor de cuidado de la vista le dará un costo aproximado por cada servicio o material, si usted lo solicita. Este costo podría ser mayor que si usted hubiera recibido únicamente servicios para la vista cubiertos, y usted podría incurrir en gastos adicionales de su bolsillo. Los materiales de los artículos para el cuidado de la vista se pueden pedir a través de nuestra red nacional de laboratorios.

UnitedHealthcare®



Vision Benefit Card

Bailey Nurseries

Copays

Exam(s)	
Eyeglasses	\$15.00
Contacts	\$15.00

Powered by UnitedHealthcare Vision Network



myuhcvision.com

Customer Service & Provider Locator: (800) 638-3120

TDD for Hearing Impaired: (877) 735-2929

Para imprimir una tarjeta de ID personalizada, inicie sesión en nuestro sitio web y elija "Group/Plan" (Grupo/Plan) y luego "Print ID card" (Imprimir tarjeta de ID) desde la página de beneficios del miembro.