

Por más de 40 años, UnitedHealthcare Vision ha sido una compañía confiable para la entrega de soluciones asequibles e innovadoras para el cuidado de la vista a las empresas más importantes del país, a través de personas con experiencia y enfocadas al cliente, por medio de la red de cuidado de la vista más accesible y diversificada del país.



Copagos por servicios dentro de la red

Examen Integral	\$	10.00
Materiales	\$	25.00

Tarifas

Sólo el Empleado	\$	6.39
Empleado + Cónyuge	\$	13.58
Empleado + Hijo(s)	\$	10.49
Empleado + Familia	\$	18.70

Frecuencia del Beneficio

Examen Integral	Una vez Cada Año del Plan
Anteojos	Una vez Cada Año del Plan
Marcos	Una vez Cada Otro Plan Año
Lentes de Contacto (en lugar de anteojos)	Una vez Cada Año del Plan

Reembolso Fuera de la Red

No se aplican los Copagos de la Red

Examen Integral	\$	45.00
Lentes		
Lentes Simples	\$	50.00
Bifocales	\$	60.00
Trifocales	\$	80.00
Lenticulares	\$	80.00
Marcos	\$	50.00
Lentes de Contacto en lugar de anteojos		
Electivo	\$	150.00
Necesario ^	\$	210.00

No es necesario que presente un reclamo para los beneficios Dentro de la Red. No obstante, debe enviar un reclamo a UnitedHealthcare Vision para el reembolso de beneficios por los servicios Fuera de la Red.

Cubiertos Completamente (después de los copagos aplicables)

Beneficios Dentro de la Red:

- Examen Integral
- Lentes
 - Simple Estándares
 - Bifocales Estándares
 - Trifocales Estándares
- Opciones de Cristales
 - Recubrimiento Estándar Resistente a las Rayas
- Marco, los tintes, capa de UV, polycarbonate y lentes progresivos básicos son cubiertos en lleno
- Lentes de contacto (en lugar de anteojos)
 - Electivos
 - Necesario ^

Beneficio de Marcos

Proveedor de Práctica Privada- Asignación al por mayor de \$50 (valor minorista aproximado de \$120 a \$150)

Proveedor de Cadena de Venta al Por Menor: valor de venta al por menor de \$130

Beneficio de la Red para Lentes de Contacto

Lentes de contacto en lugar de anteojos cubiertos completamente. El beneficio de lentes de contacto cubiertos completamente en los proveedores de la red incluye evaluación/ajuste, lentes de contacto y visitas de seguimiento (después de un copago de \$25). Para aquellos que eligen lentes de contacto desechables, se incluyen hasta 6 cajas cuando se obtienen de un proveedor de la red. Si usted los contactos cubrir-en-llenos de contacto de UHC Vision exterior selecto de las lentes usted recibe un permiso \$150 hacia la guarnición/la evaluación y la compra de contactos (los materiales copay no se aplican).

UnitedHealthcare VisionSM

Beneficios del Cuidado de la Vista

Copagos por Examen	\$	10.00
Materiales	\$	25.00
Frecuencia	Exámenes	Una vez Cada Año del Plan
	Lentes	Una vez Cada Año del Plan
	Marcos	Una vez Cada Otro Plan Año
	Lentes de Contacto	Una vez Cada Año del Plan

(Las lentes de contacto son en lugar de lentes y marcos)

Esta tarjeta no garantiza elegibilidad y beneficios

EJEMPLO ILUSTRATIVO DE AHORROS

Costo	Sólo el Empleado	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)*	Empleado + Familia**
Prima Mensual	\$6.39	\$13.58	\$10.49	\$18.70
Prima Anual	\$76.68	\$162.96	\$125.88	\$224.40
Ahorro Aproximado Antes de Impuestos (20%***)	\$15.34	\$32.59	\$25.18	\$44.88
Prima Anual Ajustada por Impuestos	\$61.34	\$130.37	\$100.70	\$179.52
Más Copagos	\$35.00	\$70.00	\$105.00	\$140.00
Costo Total para el Empleado	\$96.34	\$200.37	\$205.70	\$319.52

Examen y Materiales Cubiertos por el Plan para la Vista de UnitedHealthcare Vision	Costo Estimado Sin un Plan para la Vista****	Menos el Costo para el Empleado	Ahorro Total con UnitedHealthcare Vision
Sólo el Empleado			
Examen, Lentes Simples y marcos totalmente Cubiertos	\$275.00	\$96.34	\$178.66
Empleado + Cónyuge			
Examen, Lentes Simples y marcos totalmente Cubiertos	\$550.00	\$200.37	\$349.63
Empleado + Hijo(s)*			
Examen, Lentes Simples y marcos totalmente Cubiertos	\$825.00	\$205.70	\$619.30
Empleado + Familia**			
Examen, Lentes Simples y marcos totalmente Cubiertos	\$1,100.00	\$319.52	\$780.48

* A efectos de este ejemplo de cálculo, se calcula Empleado + Hijo(s) con tres (3) miembros.

** A efectos de este ejemplo de cálculo, se calcula Empleado + Familia con cuatro (4) miembros.

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

**** Valor minorista aproximado que se ilustra: Examen y Refracción (\$65), Lentes Simples (\$80) y Marcos (\$130). Los costos de venta al por menor promedio pueden variar según el proveedor.

Información Importante para Recordar:

- Los beneficios están disponibles cada año o otro año (dependiendo de la frecuencia del beneficio).
- Su asignación de lentes de contacto de \$150 se aplica a la tarifa de evaluación/ajuste, al igual que a la compra de lentes de contacto. Por ejemplo, si la tarifa de evaluación/ajuste es de \$30, tendrá \$120 para la compra de lentes de contacto. La asignación puede ser aparte en algunas cadenas de venta al por menor entre el médico que realiza el examen y la tienda óptica. Si elige lentes de contacto desechables, usted puede recibir hasta 6 cajas de lentes de contacto (dependiendo de la receta). Los lentes de contacto tóricos, de gas permeable y bifocales son ejemplos de lentes de contacto que no están incluidos en nuestra selección de lentes de contacto cubiertos completamente.
- UnitedHealthcare Vision se asoció con Laser Vision Network of America (LVNA) para brindar a nuestros miembros acceso a descuentos en procedimientos de corrección con láser. 1-877-28-SIGHT
- Las Opciones de Lentes como lentes progresivos, lentes de policarbonato, ahumados y con recubrimiento antirreflectante pueden estar disponibles con
- Reembolso Fuera de la Red: Los recibos por servicios y materiales comprados en diferentes fechas se deben presentar al mismo tiempo para recibir reembolso. Los recibos se deben enviar en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del servicio a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Vision Attn. Claim Dept. P.O. Box 30978, Salt Lake City, UT 84130
- La necesidad de lentes de contacto la determina el proveedor según su criterio para una o más de las siguientes afecciones: Luego de una cirugía de cataratas sin implante de lente intraocular; para corregir problemas extremos de la vista que no se pueden corregir con anteojos; con ciertas condiciones de anisometropía, con ciertas condiciones de queratocono. Si su proveedor considera que los lentes de contacto son necesarios, debe solicitarle que se comunique con UnitedHealthcare Vision para confirmar el reembolso que UnitedHealthcare Vision hará antes de adquirir dichos lentes de contacto.

Por favor, tenga en cuenta: Si existe alguna diferencia entre este documento y la Póliza de Grupo, regirá esta última.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Servicio al Cliente: 1.800.638.3120

Lunes a viernes: 8:00 a.m. - 11:00 p.m. Hora del Este

Sábado: 9:00 a.m. - 6:30 p.m. Hora del Este

Localizador de Proveedor: 1.800.839.3242

TDD para personas con limitaciones auditivas: 1.800.524.3157

Presentar Reclamos Fuera de la Red a:

UnitedHealthcare Vision Claims Department

P.O. Box 30978

Salt Lake City, UT 84130

Para obtener más información sobre su plan de UnitedHealthcare Vision, visite www.myuhcvision.com o llame al Servicio al Cliente.

Por favor, consulte la póliza o el certificado de cobertura aplicable para obtener una completa descripción de los beneficios, incluyendo las exclusiones y limitaciones de beneficios de los mismos.

Los siguientes servicios y materiales se excluyen de la cobertura bajo la Póliza: lentes después de una catarata; artículos Sin receta médica; tratamiento Médico o quirúrgico para enfermedades de la vista que requiere servicios de un médico; servicios o materiales de la Compensación del Seguro Obrero; Servicios o materiales que el paciente obtenga gratuitamente de cualquier organización o programa gubernamental; Servicios o materiales que no están cubiertos específicamente por la Póliza; Reemplazo o reparación de lentes de contacto y/o marcos perdidos o quebrados; Elementos cosméticos adicionales, excepto según se estipula en la Tabla de Beneficios de la Póliza.