

Desde hace más de 50 años, UnitedHealthcare vision es una compañía de confianza que brinda 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.

Examen con materiales
Frecuencia del beneficio

Exámenes integrales	Una vez cada 12 meses
Exámenes integrales para diabéticos solamente	Dos veces cada 12 meses
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

Exámenes	\$ 10.00
Anteojos (lentes y marco)	\$ 25.00
Lentes de contacto en lugar de anteojos	\$ 25.00
Examen de retina para diabéticos	\$ 0.00

Beneficio de marcos (para marcos que exceden la asignación, puede aplicarse un descuento adicional del 30% a la cobertura)¹

Proveedores de práctica privada	Asignación de \$130.00 para marcos de venta al por menor
Proveedores de cadenas de venta al por menor	Asignación de \$130.00 para marcos de venta al por menor

Opciones de lentes

Lentes con revestimiento estándar de rayado, policarbonato (hasta 19 años) están cubiertos en su totalidad. Es posible que se ofrezcan otras opciones de lentes con descuento.

Beneficio para lentes de contacto²

Lentes de contacto electivos La asignación se aplica a la compra de lentes de contacto. No se cobra el copago por materiales.	\$125.00
Evaluación y adaptación de lentes de contacto electivos La asignación se aplica a las tarifas de evaluación y adaptación para lentes de contacto.	\$40.00
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 los requisitos para un segundo 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 lentes y marcos si la receta cambia en 0.5 de dioptría o más. Los beneficios del segundo examen y del reemplazo son los mismos que los beneficios por examen inicial, el marco y los lentes.

Reembolsos fuera de la red (No se aplican copagos)

Exámenes	Hasta \$40.00
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 optativos en lugar de anteojos ²	Hasta \$100.00
Evaluación y adaptación para lentes de contacto	Hasta \$0.00
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. Los precios contratados comienzan a partir de \$945 por ojo para Traditional LASIK y \$1,395 por ojo para Custom LASIK. También se ofrecen descuentos en tecnologías más nuevas como Custom Bladeless LASIK (todo el procedimiento se realiza con láser, sin bisturí). Para obtener más información, visite mvuhcvision.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 deban o se hayan gastado. Los materiales adicionales no tienen que adquirirse en el momento de la compra inicial de materiales.

Aparatus auditivos

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

¹Descuento del 30% disponible 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.

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 o irregularidad corneal, afaquia, 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.

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.
- Las lentes opciones del paciente que no están cubiertas en su totalidad puedan 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. Se puede encontrar 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 al por menor. Para acceder al servicio localizador de proveedores, 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 su 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 no cubiertas en el momento del servicio.

Proveedor fuera de la red - El participante le paga la tarifa total 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. Todos los recibos deben presentarse al mismo tiempo a la dirección siguiente: UnitedHealthcare Vision, Attn. Claims Department, P.O. Box 30978, Salt Lake City, UT 84130. Se debe presentar un comprobante escrito de la pérdida ante la compañía dentro de los 90 días de la fecha de la pérdida. Si no fue razonablemente posible entregar un comprobante 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 gratis a Servicio al Cliente al (800) 638-3120 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 11:00 p.m. hora del Este; y los sábados de 9:00 a.m. a 6:30 p.m., hora del Este.

Este Resumen de Beneficios solo pretende destacar sus beneficios y no debe depender de él para determinar completamente su cobertura. 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 con la póliza emitida al empleador, prevalecerá la póliza.

La cobertura de la vista de UnitedHealthcare es proporcionada por o a través de UnitedHealthcare Insurance Company, ubicada en Hartford, Connecticut, UnitedHealthcare Insurance Company of New York, ubicada en Islândia, Nueva York, o sus afiliadas. Los servicios administrativos son prestados por Spectera, Inc., UnitedHealthCare Services, Inc. o sus afiliadas. Los planes que se venden en Texas utilizan el número de formulario de póliza VPOL.18.TX y el número de formulario del Certificado de Cobertura asociado, VCOC.INT.18.TX o VCOC.CER.18.TX. Los planes que se venden en Virginia utilizan el número de formulario de póliza VPOL.18.VA y el número de formulario del Certificado de Cobertura asociado, VCOC.INT.18.VA o VCOC.CER.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 la red de laboratorios de Spectera Eyecare Networks con la cual UnitedHealthcare tiene una relación comercial.