

Resumen de Beneficios de la Vista

www.myuhcvision.com

Servicio al Cliente: (800) 638-3120

Localizador de Proveedores: (800) 839-3242

Plan VL054

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen Completo de la Vista	Copago de \$15	Hasta \$40
Materiales: Lentes para Anteojos/Marcos para Anteojos o Lentes de Contacto	Copago de \$30 ¹	Consulte más abajo
Frecuencias: Se basan en la última fecha de servicio	Examen: Una vez cada 12 meses Lentes: Una vez cada 24 meses Marcos: Una vez cada 24 meses	

SERVICIOS CUBIERTOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Par de Lentes (para Artículos de Óptica)		
- Lentes simples estándar - Lentes bifocales estándar - Lentes trifocales estándar - Lentes lenticulares estándar Las opciones de lentes como lentes progresivos, ahumados, con protección UV y recubrimiento antirreflectante pueden estar disponibles con descuento en los proveedores participantes.	Cubiertos completamente después del primer copago correspondiente¹ Incluye recubrimiento estándar resistente a rayazos	Hasta \$40 Hasta \$60 Hasta \$80 Hasta \$80
Marcos		
Recibirá un complemento de pago para la compra de cualquier marco al precio de por menor en un proveedor participante de la red. Para marcos que superen su complemento de pago, es posible que reciba un descuento adicional del 30% en la cobertura (disponible sólo en los proveedores participantes y puede excluir ciertos fabricantes de marcos).	Complemento de pago \$100 para Marcos de Venta al por Menor (después del copago correspondiente ¹)	Hasta \$45
Lentes de Contacto²		
Selección de lentes de contacto cubiertos Cabe destacar que la selección de lentes de contacto cubiertos puede variar según el proveedor, pero incluye las marcas más populares en el mercado actual.³ Encontrará una lista completa en nuestro sitio de Internet www.myuhcvision.com.	Hasta 4 cajas de lentes de contacto más los honorarios de evaluación/ajuste y hasta dos visitas de seguimiento están cubiertos completamente (después del copago correspondiente ¹)	Hasta \$105
Lentes de contacto que no son los de la selección Usted recibe un complemento de pago que se aplica para los honorarios de evaluación/ajuste y para la compra de lentes de contacto fuera de la selección de lentes de contacto cubiertos.	Hasta \$105 (se anula el copago por materiales)	Hasta \$105
Lentes de contacto necesarios⁴	Cubiertos completamente después del copago correspondiente ¹	Hasta \$210

¹ El copago por materiales se aplicará una vez si los marcos y lentes, o los lentes de contacto en lugar de anteojos, se compran al mismo tiempo en un proveedor de la red.

² Los lentes de contacto son en lugar de lentes para anteojos y/o marcos para anteojos.

³ La cobertura para la Selección de Lentes de Contacto Cubiertos no aplica en las tiendas de Walmart, Sam's Club y Costco. La asignación para lentes de contacto fuera de la selección se aplicará a los honorarios de evaluación/ajuste y a la compra de todos los lentes de contacto.

⁴ La 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 para anteojos y/o marcos para anteojos; con ciertas condiciones como anisometropía, queratocono, astigmatismo/corneal irregular, afaquia, deformidad facial o deformidad de la córnea. Si su proveedor considera que los lentes de contacto son necesarios, usted debe solicitarle que se comuniquen con UnitedHealthcare para confirmar el reembolso que UnitedHealthcare hará antes de adquirir dichos lentes de contacto.

Resumen de Beneficios de la Vista

www.myuhcvision.com

Servicio al Cliente: (800) 638-3120

Localizador de Proveedores: (800) 839-3242

Plan VL054

Información Importante para Recordar:

Dentro de la Red

- Siempre identifíquese como cliente de UnitedHealthcare cuando haga una cita. Esto le permitirá a su proveedor obtener una autorización de reclamo antes de su visita.
- Su proveedor participante le ayudará a determinar qué lentes de contacto están disponibles en la selección de UnitedHealthcare.
- Su complemento de pago de lentes de contacto se aplica a los honorarios de evaluación/ajuste, al igual que a la compra de lentes de contacto de la selección no cubiertos. Por ejemplo, si su complemento de pago es de \$105 y los honorarios de evaluación y ajuste son de \$35, usted tendrá \$70 para la compra de lentes de contacto no cubiertos. Los honorarios de evaluación y ajuste pueden variar entre proveedores y tipos de ajuste requerido. Se anula su copago por materiales cuando se compran lentes de contacto fuera de la selección.
- Las opciones del paciente, como protección UV, lentes progresivos, etc. que no están cubiertos completamente, pero pueden estar disponibles con un descuento en los proveedores participantes.

Búsqueda y Elección de Proveedores de Cuidado de la Vista

UnitedHealthcare ofrece su programa de la vista a través de una red nacional que incluye proveedores de la práctica privada y de cadenas de venta al por menor.

Para tener acceso al servicio Localizador de Proveedores, visite nuestro sitio de Internet en www.myuhcvision.com o llame al 1-800-839-3242, las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede ver sus beneficios, buscar un proveedor o imprimir una tarjeta de identificación en línea en www.myuhcvision.com.

Conserve este resumen de beneficios de la vista de UnitedHealthcare que incluye información detallada de los beneficios e instrucciones acerca de cómo usar el programa. Consulte su Certificado de Cobertura para obtener una explicación completa de los beneficios.

Proveedor de la Red: El participante del programa paga los copagos y las opciones del paciente no cubiertas al proveedor en el momento del servicio.

Proveedor Fuera de la Red: El participante paga la tarifa completa al proveedor y UnitedHealthcare 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. Debe presentarse un comprobante de pérdida escrito 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, debe presentarse el comprobante tan pronto como sea razonablemente posible, antes de que transcurra un año después de la fecha de servicio, a menos que la Persona Cubierta estuviera legalmente incapacitada.

Beneficio por Materiales Adicionales

UnitedHealthcare ofrece un Additional Materials Discount Program (Programa de Descuentos para Materiales Adicionales). En un proveedor participante de la red, recibirá un descuento del 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 ninguna cantidad adeudada o gastada. Es posible que no todos los proveedores ofrezcan este descuento. Comuníquese con su proveedor para saber si participa. Los descuentos en lentes de contacto pueden variar según el proveedor. Los materiales adicionales no tienen que adquirirse en el momento de la compra inicial de materiales. Los materiales adicionales se pueden comprar en cualquier momento después de que se haya utilizado el beneficio asegurado.

El Servicio al Cliente está disponible en el número gratuito 1-800-638-3120 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 sólo pretende resaltar sus beneficios y no debe confiarse en él para determinar completamente la cobertura. Es posible que este plan de beneficios no cubra todos sus gastos de atención 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 bajo las cuales se proporcionan. Si este Resumen de Beneficios discrepa de alguna manera con la Póliza emitida a la empresa para la cual trabaja, prevalecerá la Póliza.

Los siguientes Servicios y Materiales se excluyen de la cobertura bajo la Póliza: lentes después de cataratas; artículos sin receta; tratamiento médico o quirúrgico para enfermedades de la vista que requieren los 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 estén cubiertos específicamente por la Póliza; reemplazo o reparación de lentes y/o marcos perdidos o rotos; elementos estéticos adicionales.

La cobertura de UnitedHealthcare Vision® es proporcionada por o a través de UnitedHealthcare Insurance Company, ubicada en Hartford, Connecticut, o sus afiliadas. Los servicios administrativos son ofrecidos por Spectera, Inc., UnitedHealthCare Services, Inc. o sus afiliadas. Los planes que se venden en Texas utilizan el número de formulario de póliza VPOL.06.TX y el número del COC del formulario relacionado VCOC.INT.06.TX.