



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.

Examen con Materiales

Frecuencia del Beneficio	
Exámenes completos	Una vez por cada 12 meses
Lentes para anteojos	Una vez por cada 12 meses
Marcos	Una vez por cada 12 meses
Lentes de contacto en lugar de anteojos	Una vez por cada 12 meses

Servicios Dentro de la Red

Copagos	
Exámenes	\$ 10.00
Anteojos (lentes y marco)	\$ 20.00
Lentes de contacto en lugar de anteojos	\$ 20.00
Examen de retina	\$ 39.00
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	\$ 150.00 de asignación para marcos de venta minorista
Proveedor de cadenas de venta minorista	\$ 150.00 de asignación para marcos de venta minorista
Opciones de Lentes - esta lista destaca el precio con descuento en nuestras opciones de lentes más populares. El precio exacto puede variar; confirme el costo con su proveedor antes de la compra.	
Revestimiento antirrayaduras estándar	\$0
Garantía del revestimiento resistente a rayaduras	\$0
Color	\$14
Protección UV	\$16
Fotocromáticos	\$67
Antirreflectante del Nivel I	\$30
Antirreflectante del Nivel II	\$50
Antirreflectante del Nivel III	\$75
Antirreflectante del Nivel IV	\$95
Bordes biselados y pulidos	\$13
Progresivos del Nivel I	\$0
Progresivos del Nivel II	\$100
Progresivos del Nivel III	\$150
Progresivos del Nivel IV	\$200
Progresivos del Nivel V	\$250
De índice alto (<1.66)	\$53
De índice alto (de 1.66 a 1.73)	\$63
De policarbonato para adultos	\$33
De policarbonato para hijos dependientes	\$0
Beneficio de Lentes de Contacto²	
Lentes de contacto electivos Se aplica una asignación para la compra de lentes de contacto. No tiene que pagar el copago por lentes de contacto.	\$150.00
Evaluación y adaptación de lentes de contacto electivos Se aplica la asignación a las tarifas de evaluación y adaptación para lentes de contacto.	\$25.00
Lentes de contacto necesarios³	Cubiertos en su totalidad después del copago (si corresponde).

2.º Par de Artículos para la Vista

El beneficio adicional incluye un segundo par de artículos para la vista, un par de anteojos y un beneficio de lentes de contacto en el mismo año de beneficios. Un par adicional no cubre dos pares de anteojos o dos beneficios de lentes de contacto en el mismo año de beneficios.

Beneficio de Cuidado de la Vista de Maternidad y para Hijos

Los miembros de 0 a 12 años y las mujeres miembros embarazadas o en período de lactancia cumplen los requisitos para un 2.º examen 60 días después del examen inicial. Los miembros de 0 a 12 años y las mujeres miembros embarazadas o en período de lactancia 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 \$40.00
Marcos	Hasta \$50.00
Lentes monofocales	Hasta \$40.00
Lentes bifocales y progresivos	Hasta \$60.00
Lentes trifocales	Hasta \$80.00
Lentes lenticulares	Hasta \$120.00
Lentes de contacto electivos en lugar de anteojos ²	Hasta \$125.00
Evaluación y adaptación para lentes de contacto	Hasta \$0.00
Lentes de contacto necesarios en lugar de anteojos ³	Hasta \$450.00

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 servicios 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 cada ojo por Traditional LASIK y \$1,395 por cada 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 dentro 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 servicios para 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.

Lentes de Contacto

Realice un pedido de lentes de contacto adicionales en uhcontacts.com con un 10% de descuento.

Aparatos Auditivos

Como miembro de un plan de UnitedHealthcare Vision, 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.

Filtros de Luz Azul Eyesafe

UnitedHealthcare Vision ha colaborado con Eyesafe® para ofrecer a los miembros un 20% de descuento en el precio minorista de los filtros de pantalla de luz azul para sus dispositivos. Para recibir el descuento, los miembros pueden visitar myuhcvision.com y hacer clic en el enlace Eyesafe.

¹30% de descuento disponible en la mayoría de los establecimientos de los proveedores participantes dentro de la red. Puede excluir ciertos fabricantes de marcos. Verifique 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 para ciertas condiciones. 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 opciones de lentes para pacientes están sujetas a cambios.

Opciones y Acceso a Proveedores de Cuidado de la Vista

UnitedHealthcare ofrece su programa de servicios 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.

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 del 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.

LEA ATENTAMENTE SU PLAN - ESTE RESUMEN DE BENEFICIOS PROPORCIONA UNA DESCRIPCIÓN MUY BREVE DE LAS CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE SU PLAN. NO ES EL CONTRATO DEL SEGURO. TODOS SUS DERECHOS Y BENEFICIOS ESTÁN EXPRESADOS EN LOS DOCUMENTOS REALES DEL PLAN QUE ESTÁN A SU DISPOSICIÓN SI NOS LOS SOLICITA.

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 Isländia, 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.

07/23 © 2023 United HealthCare Services. AEUA-LZJ12 F3409SP 58225349-5-1-3-N-S 1/1/2024

1/1/2024-12/31/2026

NCA-03C (v5.5)

UnitedHealthcare®

EITX23MP0162403_000

10/2023



Vision Benefit Card

Pyramid Global Hospitality

Copays

Exam(s)	\$10.00		
Eyeglasses	\$20.00	Retinal Screening	\$ 39.00
Contacts	\$20.00		

Powered by UnitedHealthcare Vision Network



myuhcvision.com

Customer Service & Provider Locator: (800) 638-3120
TDD for Hearing Impaired: (877) 735-2929