Milhaus LLC

Resumen de Beneficios de Servicios para la Vista
Proporcionado por UnitedHealthcare Vision Network
Servicio al Cliente y Localizador de Proveedores: (800) 638-3120
myuhcvision.com

Desde hace más de 50 años, UnitedHealthcare Vision ha sido 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 cada 12 meses
Lentes para anteojos	Una vez cada 12 meses
Marcos	Una vez cada 12 meses
Lentes de contacto en lugar de anteojos	Una vez cada 12 meses

Servicios Dentro de la Red	
Copagos	
Exámenes	$10
Anteojos (lentes y marco) - incluye lentes monofocales básicos, lentes bifocales, lentes trifocales o lentes lenticulares	$25
Lentes de contacto en lugar de anteojos	$25
Beneficio de Marcos - para marcos que exceden la asignación, es posible que se aplique un descuento adicional del 30% al excedente.[1]	
Asignación para marcos	$150
Opciones de Lentes - esta lista destaca el precio con descuento de nuestras opciones de lentes más populares. El precio exacto podría variar; confirme el costo con su proveedor antes de comprar.	
Revestimiento antirrayaduras estándar	$0
Garantía de resistencia a rayaduras	$10
Color	$14
Revestimiento protector de UV	$16
Fotocromáticos	$67
Antirreflectantes del Nivel I	$30
Antirreflectantes del Nivel II	$50
Antirreflectantes del Nivel III	$75
Antirreflectantes del Nivel IV	$95
Bordes biselados y pulidos	$13
Progresivos del Nivel I	$55
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 para Lentes de Contacto[2] - Los lentes de contacto del formulario se refieren a los que están disponibles en nuestra lista del formulario. Los lentes de contacto que no estén en esta lista se denominan "excluidos del Formulario". Puede encontrar una copia de esta lista en myuhcvision.com.	
Lentes de contacto del Formulario Las tarifas de evaluación o 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 6 cajas cuando se obtienen de un proveedor dentro de la red.
Lentes de contacto excluidos del Formulario La asignación se aplica a la compra de lentes de contacto excluidos del Formulario. La asignación es para materiales. Ninguna parte se aplicará a la evaluación y adaptación. No tiene que pagar el copago por lentes de contacto.	$150
Lentes de contacto necesarios[3]	Cubiertos en su totalidad después del copago (si corresponde).

UnitedHealthcare®

Beneficio de Cuidado de la Vista de Maternidad y para Niños

Los miembros hasta los 19 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. Estos miembros también cumplen los requisitos para un reemplazo de marcos y lentes si la receta cambia en 0.5 de dioptría o más. Los beneficios del 2.º examen y de los materiales de reemplazo son los mismos que los beneficios iniciales para el examen, 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 electivos en lugar de anteojos[2]	Hasta $150.00
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 grande en 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. Los precios contratados comienzan 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). 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 al miembro por fondos que se adeuden o se hayan gastado. No es necesario adquirir materiales adicionales en el momento de la compra inicial de materiales.

Lentes de Contacto
Ordene lentes de contacto adicionales en uhcglasses.com con un 10% de descuento.

Aparatos Auditivos
Como miembro del plan de UnitedHealthcare Vision, 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 promocional MYVISION para obtener el descuento con precio especial.

Descuento en Protección contra la Luz Azul
UnitedHealthcare Vision se ha aliado con socios de la industria para ofrecerles a los miembros descuentos sobre el precio minorista en filtros de pantalla bloqueadores de luz azul para sus dispositivos. Los miembros pueden obtener más información y acceder a información de descuentos en el sitio web de su plan.

[1]30% de descuento disponible en la mayoría de los establecimientos de los proveedores de la red participantes. Podría excluir a ciertos fabricantes de marcos. Verifique los descuentos con su proveedor.
[2]Los lentes de contacto reemplazan los lentes de anteojos o los marcos. La cobertura de los lentes de contacto del Formulario no se aplica a todos los proveedores de la red.
[3]La necesidad de lentes de contacto la determina el proveedor según su criterio para ciertas condiciones. Si su proveedor considera que sus lentes de contacto son necesarios, pídale que se comunique con UnitedHealthcare Vision para confirmar el reembolso que UnitedHealthcare le hará antes de que usted compre los lentes de contacto.

Información Importante para Recordar:

Dentro de la Red

- Identifíquese siempre como miembro de UnitedHealthcare Vision cuando programe su cita. Esto le servirá al proveedor para obtener información sobre sus beneficios.
- Su proveedor participante le ayudará a determinar qué lentes de contacto están disponibles en el Formulario de UnitedHealthcare.
- Las opciones de lentes para los pacientes están sujetas a cambios.

Búsqueda y Elección de 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 de localización de proveedores u 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 paga al proveedor los copagos y las opciones sin cobertura para el paciente en el momento en que se preste el 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. Los copagos no se aplican 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, A/A: Claims Department, P.O. Box 30978, Salt Lake City, UT 84130, o por vía electrónica a través del formulario de solicitud por Internet del sitio web del plan. Si no es posible presentar un comprobante por escrito en el tiempo requerido por razones justas, la compañía no reducirá ni denegará el reclamo por este motivo. Sin embargo, el comprobante debe presentarse tan pronto como sea posible, antes de que transcurra 1 año después de la fecha del servicio a menos que la persona cubierta estuviera legalmente incapacitada.

El Servicio al Cliente atiende de forma gratuita llamando al (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 SU PLAN ATENTAMENTE - ESTE RESUMEN DE BENEFICIOS INCLUYE UNA DESCRIPCIÓN MUY BREVE DE LAS CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE SU PLAN. ESTE NO ES EL CONTRATO DE SEGUROS. LA TOTALIDAD DE SUS DERECHOS Y BENEFICIOS SE EXPLICITA EN LOS DOCUMENTOS PROPIAMENTE DICHOS DEL PLAN QUE ESTÁN DISPONIBLES PARA USTED 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 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 (Certificate of Coverage, COC) 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 (Certificate of Coverage, COC) asociado VCOC.INT.06.VA, VCOC.CER.13.VA o VCOC.18.VA. Si decide recibir servicios o materiales de cuidado de la vista que no son beneficios cubiertos por este plan, un proveedor de cuidado de la vista participante puede 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 la vista se pueden pedir a través de nuestra red nacional de laboratorios. Puede recibir descuentos sobre el precio minorista de productos y servicios no cubiertos por proveedores que hayan acordado ofrecerle dichos descuentos. Estas ofertas de descuento no son parte de su beneficio de seguro y se ofrecen a discreción de los proveedores participantes. Usted es responsable del costo completo de estos productos y servicios no cubiertos. Estas ofertas de descuento no están garantizadas y pueden finalizar en cualquier momento. Según el acuerdo de UnitedHealthcare Vision con estos proveedores, UnitedHealthcare Vision podría recibir una parte de los costos pagados por productos y servicios no cubiertos.

08/26 © 2026 United HealthCare Services, Inc. 001V400000PAkUclAL VH103SP 108831207-2-1-1-N-S 1/1/2022 1/1/2027-12/31/2029 NCA-03C (v5.5)

UnitedHealthcare®

EICA26MP0443730_000
08/2026

Para imprimir una tarjeta de ID personalizada, entre en nuestra página web y seleccione "Group/Plan" (Grupo/Plan) y luego "Print ID card" (Imprimir Tarjeta de ID) en la página de beneficios para miembros.

United Healthcare

Vision Benefit Card

Milhaus LLC

Copays

Exam(s)	$10.00
Eyeglasses	$25.00
Contacts	$25.00

Powered by UnitedHealthcare Vision Network

United Healthcare

myuhcvision.com

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

UnitedHealthcare®