

Your **NEW** vision coverage starts **February 1!**

Who provides it?

- UnitedHealthcare

What's covered?

- One pair of glasses or contact lenses every 24 months
- Eye exams for you and your covered dependents

WHAT YOU PAY IN-NETWORK

| | |
|---|---|
| Exam | \$15 copay |
| Lenses/Frames | \$10 copay Plan benefits limited to \$130 for frames (<i>lenses are covered in full</i>) |
| Elective Contact Lenses (<i>instead of glasses</i>) | \$10 copay Plan benefits limited to \$105 for non-standard contacts like toric and gas permeable lenses (<i>copay does not apply to nonstandard contacts</i>) |

If you use a network provider, you may also be able to get discounts on lens upgrades and other services the Plan doesn't cover.

Find a network provider! Contact UnitedHealthcare:

- www.myuhcvision.com
- (800) 638-3120

UNITE HERE
HEALTH

¡Su **NUEVA** cobertura de la vista comienza **el 1 de febrero!**

¿Quién lo provee?

- UnitedHealthcare

¿Qué está cubierto?

- Un par de anteojos o lentes de contacto cada 24 meses
- Exámenes de la vista para usted y sus dependientes cubiertos

LO QUE PAGA EN LA RED

| | |
|--|--|
| Examen | \$15 copago |
| Lentes/Marcos | \$10 copago Beneficios del plan limitados a \$130 para marcos (<i>lentes están cubiertos en su totalidad</i>) |
| Lentes de Contacto Electivos (en lugar de anteojos) | \$10 copago Beneficios del plan limitados a \$105 para lentes de contacto no estándar como lentes tóricas y permeables a los gases (<i>el copago no se aplica a lentes no estándar</i>) |

Si usa un proveedor de la red, también puede obtener descuentos en actualizaciones de lentes y otros servicios que el Plan no cubre.

¡Encuentre un proveedor de la red! Comuníquese con UnitedHealthcare:

- www.myuhcvision.com
- (800) 638-3120

UNITE HERE
HEALTH