

When you get vision care, you will have to pay your provider out-of-pocket. Then, submit a claim form to the Fund to get reimbursed for covered expenses.

Your 24-month benefit period will start January 1 of even-numbered years, and run through December 31 of odd-numbered years.

Cuando usted reciba atención para el cuidado de la visión, tendrá que pagar a su proveedor fuera de su bolsillo. Luego, envíe un formulario de reclamo al Fondo para obtener el reembolso de los gastos cubiertos.

Su período de beneficio de 24 meses comenzará el 1 de enero de años pares, y se extenderá hasta el 31 de diciembre de años impares.

Effective: 01/01/2018 • Vigente a partir del: 01/01/2018



Maximum Benefit Per Person	The Plan Pays
Services and Supplies Includes routine eye exam and eye wear <i>(\$200 limit doesn't apply to exams or eyeglass lenses for persons under age 19)</i>	\$200 reimbursement per covered member every 24-month period 1 exam and 1 pair of eyeglass lenses covered every 12 months

Beneficio Máximo por Persona	El Plan Paga
Servicios y Suministros Incluye exámenes de la vista rutinarios y anteojos <i>(El límite de \$200 no se aplica a los exámenes o anteojos para personas menores de 19 años)</i>	Reembolso de \$200 por miembro cubierto cada periodo de 24 meses 1 examen y 1 par de anteojos cubiertos cada 12 meses

This is an easy-to-read summary and does not include all benefits. If there is a conflict between this summary and your plan documents, then your plan documents are correct. For more details about your benefits or to find out which treatments/services require prior authorization, please refer to your Summary Plan Description (SPD) or call us.

Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si hay conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos de su plan son los correctos. Para obtener más detalles sobre los beneficios o para informarse sobre cuáles tratamientos/servicios requieren autorización previa, por favor consulte la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description o SPD) o llámenos.



Download the vision reimbursement form at **www.uhh.org**

Descargue el formulario de reembolso de la visión en **www.uhh.org**