

## ¡3 pasos fáciles!

1. **Vaya a un optometrista u oftalmólogo** para el cuidado de la vista.
2. **Pague su proveedor.** Asegúrese de obtener un recibo detallado.
3. Complete un formulario de reclamo de visión. **Entregue el formulario completo y su recibo al Fondo.** (Tome una foto o haga una copia para sus registros.)
  - Correo electrónico: [claimsmail@uniteherehealth.org](mailto:claimsmail@uniteherehealth.org)
  - Fax: (630) 236-4394
  - O correo: UNITE HERE HEALTH  
P.O. Box 6020  
Aurora, IL 60598-0020

Si necesita un formulario de reclamo de visión, visite [www.uhh.org](http://www.uhh.org)

## Para obtener ayuda, llame:

El número de UHH/miembro en el reverso de su tarjeta de identificación médica.

O, si tiene Kaiser medical, llame a:

- (855) 321-4373  
(Área de D.C./Baltimore) o
- (855) 484-8480  
(Área de LA/OC)

 UNITE HERE  
HEALTH  
P.O. Box 6557  
Aurora, IL 60598-0557  
[www.uhh.org](http://www.uhh.org)

# VISION (24-month benefit)

# VISIÓN (Beneficio de 24 meses)



## 3 easy steps!

1. **Go to an optometrist or ophthalmologist** for vision care.
2. **Pay your provider.** Be sure to get an itemized receipt.
3. Fill out a vision claim form. **Submit the completed form and your receipt to the Fund.** (Take a photo or make a copy for your records.)
  - Email: [claimsmail@uniteherehealth.org](mailto:claimsmail@uniteherehealth.org)
  - Fax: (630) 236-4394
  - Or mail: UNITE HERE HEALTH  
P.O. Box 6020  
Aurora, IL 60598-0020

If you need a vision claim form, visit [www.uhh.org](http://www.uhh.org)

## For help, call:

The UHH/member number on the back of your medical ID card.

Or, if you have Kaiser medical, call:

- (855) 321-4373  
(D.C./Baltimore area) or
- (855) 484-8480  
(LA/OC area)

UNITE HERE  
HEALTH

Effective January 2018  
Efectivo enero 2018

## What's covered?

- Vision exams
- Glass or plastic lenses
- Frames
- Contact lenses

## What does my Plan pay?

The Plan pays you back 100% of your covered vision care (up to \$200 every 24 months).

- Get one exam and one set of eyeglass lenses every 12 months.
- If you are under age 19, your exam and eyeglass lenses don't count toward your \$200 maximum benefit.

## What do I pay?

You pay 100% for vision care that's not covered. This includes vision care after you meet your \$200 maximum, or exams or lenses you get more than once a year.

## What's not covered?

- Vision care you get before you're covered
- Vision care not listed as covered
- Non-prescription lenses
- Two pairs of lenses/glasses instead of bifocals
- Replacement of lost or broken lenses or frames
- Costs more than \$200 every 24 months
- Exams or lenses you get more than once every 12 months

## How does the 24-month limit work?

Your 24-month benefit period starts Jan. 1 of even-numbered years, and ends Dec. 31 of odd-numbered years.

- The Plan will pay up to \$200 for your vision care — including exams and eye wear — between Jan. 1, 2018, and Dec. 31, 2019.
- A new 24-month benefit period will start Jan. 1, 2020 and end Dec. 31, 2021.

## ¿Qué está cubierto?

- Exámenes de la vista
- Lentes de vidrio o plástico
- Marcos
- Lentes de contacto

## ¿Qué paga mi plan?

El Plan le devuelve el 100% de su atención de la vista cubierta (hasta \$200 cada 24 meses).

- Obtenga un examen y un juego de lentes de anteojos cada 12 meses.
- Si tiene menos de 19 años, su examen y sus lentes no cuestan para su beneficio máximo de \$200.

## ¿Qué pago?

Usted paga el 100% por cuidado de la vista que no está cubierto. Esto incluye la atención de la vista después de alcanzar su máximo de \$200, o exámenes o lentes que obtiene más de una vez al año.

## ¿Qué no está cubierto?

- Atención de la vista que usted recibe antes de estar cubierto
- Atención de la vista no listado como cubierto
- Lentes sin receta
- Dos pares de lentes/gafas en lugar de lentes bifocales
- Reemplazo de lentes o marcos perdidos o rotos
- Costos más de \$200 cada 24 meses
- Exámenes o lentes que obtiene más de una vez cada 12 meses

## ¿Cómo funciona el límite de 24 meses?

Su período de beneficios de 24 meses comienza el 1 de enero de los años pares, y finaliza el 31 de diciembre de los años impares.

- El Plan pagará hasta \$200 por su cuidado de la vista, incluidos exámenes y gafas, entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2019.
- Un nuevo período de beneficios de 24 meses comenzará el 1 de enero de 2020 y finaliza el 31 de diciembre de 2021.

**See your Summary Plan Description for more information about your vision care benefits and how to file a claim or appeal.**

**Consulte su Descripción resumida del Plan para obtener más información sobre sus beneficios de cuidado de la vista y cómo presentar un reclamo o apelación.**