

Vision Benefits

UNITE HERE!
Staff Plan 173

Using your Davis Vision benefit is easy

- At your appointment, tell them you have Davis Vision coverage through UNITE HERE HEALTH.
- Give them your member ID number from your Davis Vision ID card (or your name and date of birth).
- We'll handle the rest—there are no claim forms to complete when you see a Davis Vision provider.

Es fácil usar sus beneficios de Davis Vision

- Estando en su cita, dígales que tiene cobertura de Davis Vision a través de UNITE HERE HEALTH.
- Proporcíóneles su número de identificación de miembro que figura en su tarjeta de identificación de Davis Vision (o su nombre y fecha de nacimiento).
- Nosotros nos encargamos del resto, no tiene que llenar formularios de reclamación cuando ve a un proveedor de Davis Vision.

Davis Vision	Covered once every calendar year	
You Pay	Network	Non-Network
Eye Exam	\$0 copay	\$0 copay; \$75 maximum
Retinal Imaging	\$20 copay	Not covered
Lenses	\$0 copay	\$0 copay; \$175 maximum for all materials, evaluations, and fittings combined
Frames	\$0 copay for Davis collection Fashion, Designer, or Premier frames \$0 copay; \$150 benefit maximum for all other frames	
Elective Contact Lenses, in lieu of Glasses	\$0 copay for Davis collection contacts \$0 copay; \$150 benefit maximum, plus \$60 benefit maximum for the evaluation and fitting, for all other contacts	
Medically Necessary Contact Lenses	\$0 copay	

Effective / Vigente
a partir del: 03/01/2026



Find a network provider near you

Encuentre un proveedor de la red cerca de usted

davisvision.com/members

Davis Vision	Cobertura una vez cada 12 meses	
Usted Paga	Dentro de la Red	Afuera de la Red
Examen de la vista	\$0 de copago	\$0 copago \$75 máximo
Imágenes retinales	\$20 de copago	No cubierto
Lentes	\$0 de copago	\$0 copago; \$175 máximo para todos los materiales, evaluaciones, y ajustes combinados
Monturas	Copago de \$0 para monturas de la colección Davis Fashion, Designer o Premier. copago de \$0; Beneficio máximo de \$150 para todas las demás monturas	
Lentes de contacto electivos, en lugar de anteojos	\$0 copago para los contactos de Davis Collection copago de \$0; Máximo de beneficio de \$150, más un máximo de beneficio de \$60 para la evaluación y ajuste, para todos los demás contactos	
Lentes de contacto médicamente necesarios	\$0 de copago	

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.

Need help? Call the Fund | ¿Necesita ayuda? Llame al Fondo

PPO: (866) 686-0003 | HMO: (833) 637-3519