

Empleados A Tiempo Completo de Total Management Resources

Resumen de Beneficios At-A-Glance (En Un Vistazo)

Montos de cobertura	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de la vista	100% después de \$10 de copago	Reintegro de hasta \$40
Lentes para gafas		
Unifocales	100% después de \$10 de copago	Reintegro de hasta \$40
Bifocales	100% después de \$10 de copago	Reintegro de hasta \$60
Trifocales	100% después de \$10 de copago	Reintegro de hasta \$80
Lenticulares	100% después de \$10 de copago	Reintegro de hasta \$80
Armazones	Asignación de hasta \$130	Reintegro de hasta \$45
Lentes de contacto		
Selección de lentes de contacto cubiertos	100% después de \$10 de copago	Reintegro de hasta \$125
Otras opciones de lentes de contacto	Asignación de hasta \$125	Reintegro de hasta \$125
Lentes de contacto medicamente necesarios	100% después de \$10 de copago	Reintegro de hasta \$210

¿Con qué frecuencia?

Examen de la vista	Cada 12 meses
Lentes para gafas O lentes de contacto	Cada 12 meses
Armazones	Cada 24 meses

Nota: Usted puede elegir entre lentes para gafas o lentes de contactos una vez cada 12 meses.

*Cuando elige un proveedor dentro de la red.

Lincoln VisionConnect® se encuentra financiado por UnitedHealthcare Insurance Company. UnitedHealthcare Insurance Company no es una compañía de Lincoln Financial Group®.

Seguro Oftalmológico

El Plan *Lincoln VisionConnect*®:

- Provee una cobertura del 100% para gafas y exámenes oftalmológicos anuales y lentes para gafas luego de un copago bajo*
- Incluye cobertura pediátrica para un segundo examen oftalmológico y un nuevo par de gafas incluyendo armazones y lentes para gafas (si la prescripción cambia 5 dioptrías o más) en cada período de frecuencia de servicio para niños de hasta 13 años después de un copago* bajo (o no)
- Incluye una asignación generosa para armazones de gafas*
- Ofrece descuentos para ciertos lentes mejorados y corrección oftalmológica láser*
- Le otorga la opción de elegir lentes de contacto en lugar de lentes para gafas
- Incluye precios grupales para empleados de Total Management Resources
- Incluye un portal de miembros en línea donde puede ver sus reclamaciones, imprimir tarjetas de identificación y más

Características del plan

Cobertura Dentro de la Red vs. Fuera de la Red

- Los miembros de *Lincoln VisionConnect*® están respaldados por la red oftalmológica de Spectera. Cuando visite a su proveedor de atención oftalmológica, **comunique en la oficina que es cliente de Spectera** para aprovechar al máximo sus beneficios de proveedores dentro de la red.



- Para encontrar un proveedor de la red oftalmológica de Spectera cerca de su trabajo u hogar, llame al 1-800-440-8453 o **Localice a un proveedor en unos pocos pasos fáciles:**
 - Visite lvc.lfg.com. A la izquierda de la página, use **Provider Quick Search**.
 - En la casilla **Provider Quick Search**, ingrese un código postal o una dirección.
 - Haga clic en el botón **Search** para mostrar una lista de proveedores cercanos a usted.
- Si elige un proveedor, debe pagarle la totalidad al proveedor y presentar una reclamación para el reintegro de los servicios y productos cubiertos.

Selección de lentes de contacto cubiertos

- El plan *Lincoln VisionConnect*® te da la opción de escoger lentes de contacto en lugar de gafas.
- El plan *Lincoln VisionConnect*® cuenta con el beneficio de selección de lentes de contacto cubiertos.
- Para ver sus opciones de lentes de contacto cubiertos actuales*, visite lvc.lfg.com o llame al 1-800-440-8453.
- Este beneficio cubre los cargos por ajuste y evaluación, hasta cuatro cajas de lentes de contacto (según la receta), y dos visitas de seguimiento.
- La selección de lentes de contacto cubiertos no está disponible en Walmart®, Sam's Club®, o Costco®.

Otras Opciones de Lentes de Contacto

- Se proporcionará una asignación de \$125 para todos los demás lentes de contacto, así como para los lentes de contacto adquiridos en Walmart, Sam's Club, o Costco, sin copago.
 - Esta asignación no incluye el costo por ajuste/evaluación o seguimiento.

Lentes de Contacto Medicamento Necesarios

- Los lentes de contacto son considerados "medicamento necesarios" a discreción del proveedor de atención oftalmológica y están cubiertos al 100% (después de un bajo copago) cuando elige un proveedor de la red.

Lentes para Gafas

- *Lincoln VisionConnect*® provee una asignación para armazones de venta minorista de \$130. Esta cubre muchos de los armazones de gafas populares actuales.
- Si el costo de los armazones que elige excede los \$130, simplemente paga el saldo restante (el cual incluye un descuento de hasta 30% en proveedores participantes).

Descuentos del Plan

Descuentos Opcionales de Lentes para Gafas**	
Revestimientos	
Revestimiento a prueba de rayas estándar	Sin cargo
Garantía contra rayas	\$10
Tinte	\$14
Revestimiento protector de rayos UV	\$16
Fotocromático	\$67
Recubrimiento antirreflejo estándar	\$40
Recubrimiento antirreflejo Premium	\$80
Recubrimiento antirreflejo Platinum	\$90
Lentes	
Alisado y pulido de bordes	\$13
Progresivos estándar	\$70
Progresivos Deluxe	\$110
Progresivos Premium	\$150
Progresivos Platinum	\$250
Materiales	
Lentes de alto índice (1.66 o menor)	\$53
Lentes de alto índice (1.67-1.73)	\$63
Policarbonato	\$33
Policarbonato para dependientes menores de 19	Sin cargo

*La selección de lentes de contacto cubiertos está sujeta a cambios.

**Descuentos sujetos a cambios.

El programa de uso recetado por su oftalmólogo puede afectar la frecuencia de reemplazo. Todas las marcas registradas son propiedad de sus respectivos propietarios.

Otros Descuentos	
Corrección de la vista LASIK	Hasta 15%
Gafas y lentes de contacto adicionales	Hasta 20%
Lentes de contacto pedidos por correo	10%

Miembros de la Familia con Cobertura

Cuando elige cobertura para usted, también puede proveer cobertura para:

- Su cónyuge
- Hijos dependientes, hasta los 26 años de edad

Exclusiones de beneficios

Al igual que otros seguros, este plan de seguro oftalmológico cuenta con algunas exclusiones. El plan no cubre:

- Lentes tras cataratas
 - Artículos no recetados
 - Tratamiento médico o quirúrgico para enfermedades oftalmológicas que requieren el servicio de un médico
 - Servicios o materiales de indemnización para trabajadores
 - Servicios o materiales que el paciente, sin costo, obtiene de cualquier programa u organización gubernamental
 - Servicios o materiales que no están específicamente cubiertos por el plan
 - Reemplazo o reparación de lentes y/o armazones que se perdieron o rompieron
 - Adicionales estéticos, salvo según se indica en la póliza
- En la póliza, se incluye una lista completa de las exclusiones de beneficios. Se aplican variantes según el estado.

¿Tiene preguntas? Llámenos al 800-423-2765 y mencione el ID del Grupo: TMGCONST.

El propósito de este documento no es brindar una descripción completa de la cobertura del seguro ofrecida. Mientras los montos de los beneficios indicados en este resumen son específicos de su cobertura, es posible que otros artículos resuman nuestras características de productos estándares y no las características específicas de su cobertura. Las disposiciones vinculantes se proporcionan en la póliza, y este resumen no modifica dichas disposiciones ni el seguro de ninguna manera. Este no es un contrato vinculante. Se pondrá a su disposición una política que describe los beneficios en más detalle. Consulte su certificado para ver los montos máximos de beneficio. Si hubiera una diferencia entre este resumen y la póliza, la póliza prevalecerá.

El programa *Lincoln VisionConnect*® es comercializado por The Lincoln National Life Insurance Company (Fort Wayne, IN), compañía que no ofrece sus servicios en Nueva York ni está autorizada para hacerlo. En Nueva York, este programa es comercializado por Lincoln Life & Annuity Company of New York (Syracuse, NY). Las dos empresas pertenecen a Lincoln Financial Group®. *Lincoln VisionConnect*® es una marca comercial registrada de Lincoln National Corporation.

La cobertura de *Lincoln VisionConnect*® es proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company, ubicada en Hartford, Connecticut; UnitedHealthcare Insurance Company of New York, ubicada en Islandia, Nueva York; o sus filiales. Los servicios administrativos son proporcionados por Spectera, Inc., UnitedHealthCare Services, Inc. o sus filiales. Los planes vendidos en Texas usan el número de formulario de póliza VPOL.06.TX o VPOL.13.TX y el número de formulario COC asociado VCOC.INT.06.TX o VCOC.CER.13.TX. Los planes vendidos en Virginia usan el número de formulario de póliza VPOL.06.VA o VPOL.13.VA y el número de formulario COC asociado VCOC.INT.06.VA o VCOC.CER.13.VA. Esta póliza tiene exclusiones, restricciones y términos por los que la póliza puede continuar vigente o interrumpirse. Para obtener los costos y los detalles completos de la cobertura, comuníquese con *Lincoln VisionConnect*® al 1-800-440-8453.

La entidad contratante de Spectera Eyecare Networks es Spectera, Inc. UnitedHealthcare Insurance Company no es una empresa de Lincoln Financial Group®. **Prohibido el uso en New México.**

