United of Omaha Life Insurance Company
A Mutual of Omaha Company

› Seguro Voluntario de Visión

Mutual of Omaha Visión Desarrollado por EyeMed

Sus ojos representan una ventana hacia su salud y bienestar. Además de medir su visión, los exámenes oculares de rutina son una herramienta simple y no invasiva que puede ayudar a identificar signos tempranos de ciertos problemas crónicos de salud.

Debido a que la detección temprana es fundamental para el tratamiento, los exámenes oculares regulares cumplen una función decisiva para una vida saludable.

Su visión es importante

Como un empleado de Juliette Fowler Communities, Inc., tiene acceso a una póliza de seguro de visión de United of Omaha Life Insurance Company.

Hay muchos motivos para mantener sus ojos sanos. El cuidado continuo de la vista lo ayudará a mantener la mejor salud ocular, su bienestar y salud en general.

Los beneficios y las guías de cobertura se describen en el siguiente cuadro.

ELEGIBILIDAD - ALL ELIGIBLE EMPLOYEES		
Requisito de elegibilidad	Debe estar trabajando activamente un mínimo de 30 horas por semana para ser elegible para la cobertura.	
Requisito de elegibilidad de dependientes	Para ser elegible para la cobertura, cualquier hijo(s) dependiente debe ser menor de edad 26. Para que su cónyuge o sus hijos sean elegibles para la cobertura, debe elegir la cobertura para usted..	
Pago de las primas	Usted paga en su totalidad las primas de este seguro.	
BENEFICIOS	**COSTO DE MIEMBRO DENTRO DE LA RED**	**REEMBOLSO FUERA DE LA RED***
Examen con dilatación según sea necesario	Copago de $10	Hasta $37
Opciones de examen: •Imágenes de la retina •Ajuste y seguimiento de lentes de contacto estándar •Ajuste y seguimiento de lentes de	•Hasta $39 •Hasta $40 •10% de descuento del precio	•No aplica

contacto premium	de venta	
Armazóns • Cualquier armazón disponible en la ubicación del proveedor	•Copago de $0, $130 subsidio + 20% de descuento del saldo en exceso del subsidio	•Hasta $58
Lentes de plástico estándar: •Visión simple •Bifocal •Trifocal •Lenticular •Lentes progresivas estándar (añadido al copago bifocal) •Lentes progresivas premium (añadido al copago bifocal) •Nivel 1 •Nivel 2 •Nivel 3 •Nivel 4	•Copago de $10 •Copago de $10 •Copago de $10 •Copago de $10 •Copago de $65 •Copago de $85 •Copago de $95 •Copago de $110 •Copago de $65 + 80% del cargo menos $120 de subsidio	•Hasta $32 •Hasta $48 •Hasta $76 •Hasta $76 •Hasta $48 •Hasta $48 •Hasta $48 •Hasta $48 •Hasta $48
Opciones de lentes: • Recubrimiento UV • Tinte (sólido y gradiente) • Con capa protectora estándar • Policarbonato estándar (adultos) • Policarbonato estándar (menores de 19 años) • Estándar antirreflejante • Fotocromático - Transiciones • Otros complementos	•Copago de $0 •Copago de $0 •Copago de $0 •$40 •Copago de $0 •$45 •$75 •20% de descuento del precio de venta	• Hasta $12 • Hasta $12 • Hasta $12 • No aplica •Hasta $32 • No aplica • No aplica • No aplica
Lentes de contacto: (El subsidio de lentes de contacto incluye solo los materiales) •Convencional •Descartable •Por indicación médica	•Copago de $0, $130 subsidio + 15% de descuento del saldo en exceso del subsidio •Copago de $0, $130 subsidio •Copago de $0, se paga en su totalidad	•Hasta $89 •Hasta $104 •Hasta $210
Corrección de la visión con láser: •LASIK o PRK de U.S. Laser Network	•15% de descuento del precio de venta o 5% de descuento del precio promocional	
Par de anteojos o lentes de contacto adicionales	40% de descuento en un par de anteojos completos y 15% de descuento en lentes de contacto convencionales una vez que se haya utilizado el beneficio financiado	
FRECUENCIA		
Exámenes	Una vez cada 12 meses	
Lentes o lentes de contacto	Una vez cada 12 meses	

Armazóns	Una vez cada 24 meses

*El reembolso fuera de la red será el menor entre el monto indicado del costo real del miembro del proveedor fuera de la red. En ciertos estados, puede ser necesario que los miembros paguen la tarifa minorista completa y no la tarifa de descuento negociada con ciertos proveedores que participan. Consulte el localizador de proveedores en línea para determinar cuáles proveedores participantes han aceptado la tarifa con descuento.

EXCLUSIONES

No pagaremos beneficios por ningún servicio ni material relacionado con los cargos que surjan de:

- ortóptica o entrenamiento de la vista, dispositivos para visión subnormal y cualquier prueba complementaria asociada;
- lentes aniseikónicos;
- tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o estructuras de soporte;
- cualquier examen ocular o de la vista, o cualquier tipo de lentes correctivos requeridos por el asegurado como condición de empleo;
- gafas de seguridad;
- servicios o materiales proporcionados o pagados en su totalidad o en parte por un gobierno estatal o federal o sus agencias;
- servicios o materiales proporcionados o pagados en su totalidad o en parte como resultado de la ley de compensación de los trabajadores o de enfermedades laborales o según lo requiera cualquier agencia o programa gubernamental federal o estatal;
- lentes planos (sin receta) o lentes de contactos;
- gafas de sol sin receta;
- dos pares de lentes en lugar de bifocales;
- servicios o materiales proporcionados o pagados en su totalidad o en parte por cualquier otro plan de beneficios grupales que proporcione beneficios de la vista;
- ciertos materiales de visión de marca para los cuales el fabricante mantiene una práctica sin descuento;
- servicios prestados después de la fecha en que una persona asegurada deja de estar cubierta por la póliza; o
- lentes, armazóns, anteojos o lentes de contacto perdidos, robados o rotos hasta la próxima frecuencia de beneficios cuando los materiales de la visión estén disponibles.

SERVICIOS

Programa de Descuento para la Audición	El Programa de Descuento para la Audición les proporciona a usted y a su familia productos de audición con descuento, incluidos audífonos y baterías. Llame al 1-888-534-1747 o visite: **www.amplifonusa.com/mutualofomaha** para obtener más información.

MONTO DE LA PRIMA

Nivel de cobertura	**Monto de la prima** (24 Deducciones de nómina por año)
Employee/Member	$3.66
Employee/Member + Spouse	$6.88
Employee/Member + Child(ren)	$8.14
Employee/Member + Family	$10.83

› Preguntas Frecuentes

Si me inscribo ahora, ¿puedo cambiar o cancelar mi cobertura en cualquier momento?

Su inscripción en esta cobertura es por un año de póliza de 12 meses. Durante este año de póliza, puede agregar o eliminar dependientes dentro de los 31 días de un Evento de Cambio de Vida que califique (como se define en el Certificado). Estos eventos incluyen el nacimiento de un hijo, pendiente de adopción, matrimonio, divorcio o pérdida de otra cobertura.

Una vez que usted y sus dependientes estén inscritos en la cobertura, usted y sus dependientes deben permanecer inscritos hasta el próximo período de inscripción anual.

¿Cómo uso mi beneficio de visión?

La afiliación de Mutual of Omaha con la red Insight de EyeMed ofrece acceso a más de 91,000 proveedores. Para acceder a su beneficio de visión:

1. Busque y escoge un proveedor de la red; para ello llame al Centro de Atención al Cliente al **1-833-279-4358** o visite **www.mutualofomaha.com/vision** y elija un proveedor en el localizador de proveedores. O descargue el EyeMed Members App en su iPhone, iPad o Android para ver los detalles de sus beneficios y la tarjeta de identificación en el momento que la necesite. Se ofrece servicio telefónico al cliente en español. La información en el sitio Web y EyeMed Members App solo está en inglés.
2. Agendar una cita. Muchos de nuestros proveedores también ofrecen citas sin turno previo, en cuyo caso no es necesario pedir una cita.
3. Cuando llegue, identifíquese como miembro de EyeMed o presente su tarjeta de identificación para recibir servicios. (No se requiere la tarjeta de identificación de la vista para recibir servicios)
4. Su proveedor de la red presentará reclamaciones en su nombre para que no tenga que preocuparse por nada.

¿Cómo puedo ver mi Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits) en línea?

Haga clic en "View Your Benefits" y seleccione "Claim Status". Si una Explicación de Beneficios está disponible para una reclamación, aparecerá una columna “EOB” junto a la reclamación. Haga clic en el botón "View" para ver el documento. Nota: Si la columna “EOB” no aparece, las Explicaciones de Beneficios no aplican a su plan.

¿Podré elegir algún producto para lentes disponible en una ubicación de proveedores dentro de la red?

¡Sí! Con sus beneficios de visión de Mutual of Omaha, desarrollados por EyeMed, puede aplicar su beneficio a cualquier armazón o marca de lentes de contacto que se ajuste a sus necesidades de visión y estilo de vida.

¿Puedo comprar dos pares de anteojos o anteojos y lentes de contacto en el mismo período de beneficios?

¡Sí! Usted es elegible para descuentos adicionales, una vez que se haya utilizado el beneficio cubierto. Ofrecemos el descuento de par adicional más grande en la industria: 40 por ciento de descuento en lentes y 15 por ciento en lentes de contacto convencionales, que pueden usarse en cualquier ubicación de la red en cualquier momento mientras esté cubierto por el plan.

¿Hay descuentos adicionales aparte de lo que cubre el plan?

¡Sí! Recibirá los siguientes ahorros adicionales:

- 40 por ciento de descuento en pares completos adicionales de lentes
- 20 por ciento de descuento en cualquier monto restante por armazóns
- 15 por ciento de descuento en cualquier monto de lentes de contacto convencionales restante
- 20 por ciento de descuento en artículos no cubiertos, incluidos anteojos de sol sin receta, accesorios y limpiador de lentes
- 15 por ciento de descuento sobre el precio estándar o 5 por ciento de cualquier precio promocional de servicios LASIK o PRK

Esta información describe algunas de las características del plan de beneficios. Los beneficios pueden no estar disponibles en todos los estados. Consulte el folleto de certificado para ver una explicación completa de los beneficios del plan, las exclusiones, las limitaciones y las reducciones. En caso de haber discrepancia entre este resumen y el folleto de certificado, prevalecerá este último. La disponibilidad de los beneficios está sujeta a la aceptación final y la aprobación de la solicitud de grupo por parte de la compañía aseguradora. El seguro para la vista es garantizado por United of Omaha Life Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, 1-800-769-7159. Número de formulario de la póliza: G2018MP o estado equivalente (en NC: G2018MP NC). United of Omaha Life Insurance Company tiene licencia en todo el país, excepto en New York.