

Planes de la vista para personas y familias



IMPORTANTE: DENTRO DE LOS PRIMEROS 12 MESES DE COBERTURA, USTED NO PODRÁ FINALIZAR ESTA PÓLIZA.*

* No se aplica en todos los estados. Golden Rule Insurance Company es la aseguradora de estos planes. Este producto es administrado por Spectera, Inc.

Formularios de pólizas individuales VIS1-GRI-42, y otras variaciones estatales

La versión en inglés de la póliza respectiva rige en todos los aspectos y prevalecerá en caso de que se presente cualquier disputa e inconsistencia, si la hubiera, con esta versión traducida. Las declaraciones de este documento no reflejan necesariamente el contenido de la póliza en inglés, debido a las posibles diferencias lingüísticas. Este folleto se proporciona para su conocimiento solamente y puede encontrar una versión en inglés en www.uhone.com/about-us/legal/exclusions-limitations.

Este documento sólo puede utilizarse como enlace directo durante la cotización en el estado o los estados específicos en los que se proporciona. Aunque los documentos traducidos, incluida la solicitud y la póliza/certificado puedan aparecer en otros estados, es posible que no estén disponibles en dichos estados.

 **UnitedHealthcare[®]**
Golden Rule
Insurance Company

44276C1SP-G-0621 (incluye: 44276SP-G-0621 y 44276iSP-G-0621)



¿Por qué elegirnos?

Controle la salud de su visión con nuestro seguro de la vista.

Nuestros planes de seguro de la vista le ofrecen opciones y flexibilidad, sin períodos de espera. Usted elige la cobertura que necesita: anteojos o lentes de contacto (Plan A), o tanto anteojos como lentes de contacto (Plan B).

La red de proveedores ofrece atención de calidad de profesionales en entornos privados y minoristas en todo el país.

Tiene la flexibilidad de usar proveedores que estén fuera de la red. Sin embargo, la mejor cobertura se ofrece a través de la red de oftalmología. Por ejemplo, un examen integral de la vista de un proveedor de la red le cuesta \$10. Con un proveedor fuera de la red, pagamos hasta \$50 y usted paga el resto de los cargos facturados.

Comprométase a continuar con la cobertura durante al menos 12 meses (no se aplica en todos los estados). Consulte las Variaciones de los servicios de la vista por estado 44276iCASP-G (CA), 44276iWISP-G (WI) o 44276iSP-G (todos los demás estados) para obtener información sobre qué estados no cuentan con este requisito.

Contar con los mejores: uso de proveedores de servicios de la vista de la red



Encuentre un proveedor de servicios de la vista en myuhcvision.com.

Sus gastos de bolsillo (lo que adeudará por los servicios de la vista) variarán según el tipo de proveedor que utilice. La lista en línea de proveedores de la red se categoriza de tres maneras:

- *Servicio completo*: se contratan para proporcionar exámenes de la vista y productos oftalmológicos con receta a tarifas con descuento.
- *Solo examen*: se contratan para proporcionar SOLO exámenes a tarifas con descuento.
- *Solo dispensas*: se contratan para dispensar SOLO productos oftalmológicos con receta a tarifas con descuento.

Al usar un proveedor de servicios de la vista de la red, usted paga el copago por los exámenes de la vista y los lentes de anteojos. Por los marcos, usted paga cualquier monto que supere nuestra asignación. No hay copago para lentes de contacto en el grupo “seleccionado”. **Nota:** Cuando se utilizan lentes de contacto de Walmart, Sam’s Club y Costco, no se aplica la lista de lentes de contacto seleccionados. Usted paga cualquier cargo que supere la asignación grupal no seleccionada.

Al usar un proveedor de servicios de la vista fuera de la red, usted paga cualquier cargo que supere nuestra asignación.

Este es solo un resumen y su objetivo no es servir como una interpretación legal de los beneficios. Se hizo todo lo posible para que este resumen represente el propósito del lenguaje contractual. Sin embargo, dicha redacción es independiente y la versión en inglés de la póliza determinará todos los términos de la cobertura. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado.

Recibirá una lista completa de beneficios con la póliza. Lea la póliza detenidamente. El pago de beneficios está sujeto a todos los términos y condiciones de la póliza, y al beneficio máximo.

Este folleto debe utilizarse junto con las Variaciones de los servicios de la vista por estado 44276iCASP-G (CA), 44276iWISP-G (WI) o 44276iSP-G (todos los demás estados), donde puede consultar la disponibilidad estatal, y los beneficios, las exclusiones y las limitaciones aplicables específicos de cada estado.



Nuestros planes de la vista

Nuestros planes de la vista¹

Material/Servicio cubierto:	Tipo de proveedor:	Plan A	Plan B	
Examen de la vista Una vez cada 12 meses	Usted paga: Red	\$10 de copago	\$10 de copago	
	Fuera de la red	Cualquier cargo que supere los \$50 de asignación	Cualquier cargo que supere los \$50 de asignación	
Marcos² Una vez cada 12 meses	Usted paga: Red	Cualquier cargo que supere los \$150 de asignación	Cualquier cargo que supere los \$150 de asignación	
	Fuera de la red	Cualquier cargo que supere los \$75 de asignación	Cualquier cargo que supere los \$75 de asignación	
Lentes³ Un par cada 12 meses	Usted paga: Red	\$10 de copago	\$10 de copago	
	Fuera de la red	Unifocales: cualquier cargo que supere los \$40 de asignación	Unifocales: cualquier cargo que supere los \$40 de asignación	
		Bifocales: cualquier cargo que supere los \$60 de asignación	Bifocales: cualquier cargo que supere los \$60 de asignación	
	Trifocales/Lenticulares: cualquier cargo que supere los \$80 de asignación	Trifocales/Lenticulares: cualquier cargo que supere los \$80 de asignación		
Lentes de contacto Una vez cada 12 meses	Usted paga:	En lugar de anteojos⁴	Además de anteojos	
		Red	Lista de lentes de contacto seleccionados ⁵ : \$0 de copago	Lista de lentes de contacto seleccionados ⁶ : \$0 de copago
		Fuera de la red	Lentes de contacto no seleccionados: cualquier cargo que supere los \$125 de asignación	Lentes de contacto no seleccionados: cualquier cargo que supere los \$150 de asignación
		Cualquier cargo que supere los \$105 de asignación	Cualquier cargo que supere los \$105 de asignación	

¹ Se requiere un plazo de póliza inicial de 12 meses (no se aplica en todos los estados). Consulte las Variaciones de los servicios de la vista por estado 44276iCASP-G (CA), 44276iWISP-G (WI) o 44276iSP-G (todos los demás estados) para obtener información.

² Marcos para anteojos, su ajuste y ajustes posteriores para mantener la comodidad y eficacia.

³ Los lentes pueden incluir lentes unifocales, bifocales y trifocales/lenticulares, además del recubrimiento estándar resistente a los rayones para lentes elegibles según lo recetado por un proveedor de servicios de la vista. Pueden aplicarse costos adicionales para otros tipos de lentes, materiales de lentes y opciones de lentes.

⁴ Plan A: seleccione anteojos (lentes o marcos) o lentes de contacto, no ambos.

⁵ Si elige lentes de contacto desechables, se incluyen hasta 4 cajas cuando se obtienen a través de un proveedor dentro de la red.

⁶ Si elige lentes de contacto desechables, se incluyen hasta 6 cajas cuando se obtienen a través de un proveedor dentro de la red.



Atención de la vista para cualquier edad*

Tenemos opciones de planes de la vista para personas de cualquier edad o en cualquier etapa de la vida. Nuestros planes de la vista no tienen límite de edad (*el asegurado principal debe tener 18 años de edad o más) y son renovables de por vida. Incluso aquellas personas cubiertas por Medicare pueden presentar una solicitud. Mantener la salud de la vista es importante para preservar su bienestar general.



Descuentos: cirugía ocular con láser y audífonos

Aunque la cirugía ocular con láser no está cubierta, usted tiene acceso a procedimientos de corrección de la vista con láser con descuento a través de QualSight LASIK.

Los miembros de nuestro plan de la vista también pueden comprar audífonos programados a medida con un descuento sobre el precio de venta minorista. Para obtener más información, visite uhchearing.com.



Otros detalles (todos los planes)

Esto es solo un resumen general de las disposiciones y exclusiones de la cobertura. No es un contrato de seguro, ni forma parte de la póliza de seguro. En la póliza, encontrará detalles completos sobre la cobertura.

Compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses

Estos planes requieren que acepte pagar todas las primas durante los primeros 12 meses de cobertura a partir de la fecha de entrada en vigencia. Consulte las Variaciones de los servicios de la vista por estado 44276iCASP-G (CA), 44276iWISP-G (WI) o 44276iSP-G (todos los demás estados) para obtener información sobre qué estados no cuentan con este requisito.

Finalización

Para los estados que requieren el compromiso con el plazo de la prima de 12 meses, la póliza solo puede finalizar antes del final del plazo de 12 meses en la fecha: (a) que usted ingrese al servicio militar de los EE. UU. a tiempo completo; o (b) de su fallecimiento, si su cónyuge no está cubierto por el plan.

Después de haber pagado todas las primas durante los primeros 12 meses de cobertura a partir de la fecha de entrada en vigencia o para todos los estados que no requieren un compromiso de 12 meses, la póliza finalizará tan pronto como se produzca alguno de los siguientes eventos o fechas: (a) falta de pago de las primas a su vencimiento, sujeto a la Disposición del Período de Gracia en la póliza; (b) la fecha en que recibamos una solicitud de su parte para finalizar la póliza o cualquier fecha posterior indicada en su solicitud; (c) la fecha en que nos neguemos a renovar todas las pólizas emitidas en este formulario, con el mismo tipo y nivel de beneficios, a los residentes del estado donde vive; (d) la fecha en que exista fraude o tergiversación material por parte de una persona cubierta o con conocimiento de esta al presentar una reclamación de beneficios en virtud de la póliza; o (e) la fecha de su fallecimiento, si su cónyuge no está cubierto por el plan.

Le reembolsaremos cualquier prima recibida y no devengada debido a la finalización de la póliza.

Prima

Las primas están sujetas a cambios. Se le notificará cualquier cambio en su prima con un mínimo de 31 días de antelación (o más, si así lo requiere su estado). No modificaremos su prima únicamente por las reclamaciones de una persona que tenga cobertura en virtud de la póliza o por un cambio en la salud de una persona cubierta.

Dependientes

Dependiente elegible significa su cónyuge o un hijo elegible. El hijo elegible debe ser un hijo soltero y tener menos de 26 años.

Exclusiones y limitaciones generales

Tenga en cuenta que: este programa de beneficios de la vista está diseñado para cubrir las necesidades de la visión en lugar de beneficios cosméticos adicionales. Si se seleccionan, el plan pagará los costos de los lentes permitidos y usted será responsable del costo adicional de los beneficios cosméticos adicionales.

No se pagan beneficios por gastos de la vista en los siguientes casos:

- Cuando no estén identificados e incluidos como gastos cubiertos en virtud de la póliza. Usted es responsable del pago de los servicios no cubiertos por la póliza.
- Cuando forman parte de un gasto cubierto que está sujeto a un copago o es su responsabilidad después de que paguemos nuestro porcentaje de coseguro.
- Cuando no estén dentro del ámbito de la licencia del proveedor de servicios de la vista o no los proporcione un proveedor de servicios de la vista.
- Por los cuales una persona cubierta puede recibir una compensación en virtud de la Ley de Compensación al Trabajador u otra ley de responsabilidad civil similar del empleador.
- Por capacitación en ortóptica o terapia de la vista y cualquier prueba complementaria asociada.
- Por el reemplazo de marcos y lentes de anteojos proporcionados en virtud de este plan que se pierdan o rompan, excepto en los intervalos normales cuando los servicios estén disponibles de otro modo.
- Por el tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Por cargos de citas a las que no se asistió.
- Por el cargo del impuesto sobre las ventas aplicable a los servicios de atención de la vista.
- Por procedimientos quirúrgicos correctivos como, entre otros, queratotomía radial (Radial Keratotomy, RK) y queratectomía fotorrefractiva (Photorefractive Keratectomy, PRK).
- Por cualquier examen de la vista o producto oftalmológico correctivo que sea requerido por un empleador como una condición del empleo.
- Por el tratamiento correctivo de la vista de naturaleza experimental o investigativa.
- Por productos oftalmológicos, excepto productos oftalmológicos con receta, artículos sin receta (p. ej., lentes planos), o lentes adicionales opcionales.

No se pagan beneficios por servicios de la vista en los siguientes casos:

- Cuando se proporcionen sin costo a una persona cubierta en ausencia de seguro que cubra el cargo.
- Cuando excedan las limitaciones de frecuencia o cualquier asignación de beneficios aplicable de la póliza.
- Cuando sean servicios que prestó un proveedor de servicios de la vista que es un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta.
- Cuando se proporcionen antes de la fecha de entrada en vigencia o después de la fecha de finalización de la póliza.

AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA (vigente a partir del 1 de enero de 2019)

Nosotros (incluidas nuestras filiales mencionadas al final de este aviso) estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica. También estamos obligados a enviarle este aviso, que le explica cómo podemos usar su información y en qué casos podemos entregar o “divulgar” dicha información a otros. También tiene derechos relacionados con su información médica que se describen en este aviso. Por ley, estamos obligados cumplir con los términos de este aviso. Los términos “información” o “información médica” en este aviso incluyen cualquier información que mantengamos que razonablemente se pueda usar para identificarle y que se relacione con su salud física o mental, el suministro de atención médica o el pago de tal atención médica. Cumpliremos con las exigencias de las leyes de privacidad vigentes relacionadas con su aviso en caso de que ocurra una filtración de su información médica.

Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si hacemos un cambio material de nuestras prácticas de privacidad, le enviaremos, en nuestra próxima distribución anual, un aviso actualizado o información sobre el cambio material y cómo obtener el aviso actualizado. Le enviaremos esta información por correo directo o electrónicamente, según lo permita la ley vigente. En todos los casos, publicaremos el aviso revisado en nuestros sitios web, como *www.uhone.com*, *www.myuhone.com*, *www.uhone4me.com*, *www.myallsavers.com* o *www.myallsaversconnect.com*. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo cualquier aviso revisado o cambiado respecto de la información que ya tenemos y de la que recibiremos en el futuro. Recopilamos y mantenemos información oral, escrita y electrónica para administrar nuestra empresa y proporcionar productos, servicios e información importante a nuestros clientes. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento en la manipulación y mantenimiento de la información de nuestros afiliados de acuerdo con los estándares federales y estatales vigentes, para protegerla de riesgos, como la pérdida, la destrucción o el uso indebido.

Cómo usamos o compartimos la información. Debemos usar y divulgar su información médica a fin de proporcionar información:

- A usted y cualquiera que tenga el derecho legal de decidir por usted (su representante personal) para administrar sus derechos como se describe en este aviso; y
- Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) para asegurarnos de que su privacidad esté protegida.

Nos reservamos el derecho de usar y divulgar la información médica para su tratamiento, para pagar por su atención médica y para operar nuestra empresa. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica:

- **Para el pago** de primas que se nos deban, para determinar su cobertura y para procesar reclamaciones por servicios de salud que usted reciba, incluida la subrogación o coordinación de otros beneficios que usted pueda tener. Por ejemplo, le podemos informar al médico si es elegible para la cobertura y qué porcentaje de su factura se cubre.
- **Por motivos de tratamiento.** Podemos usar o divulgar información médica para ayudarle en su tratamiento o en la coordinación de su atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarles a brindarle atención médica a usted.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar información médica según sea necesario para operar y supervisar nuestras actividades comerciales relacionadas con la provisión y manejo de su cobertura de atención médica. Por ejemplo, podríamos llevar a cabo u organizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluidos programas de detección de fraude y abuso o de cumplimiento. Además, podemos disociar información de salud de acuerdo con las leyes vigentes. Luego de disociar la información, esta ya no se encuentra sujeta a este aviso y podemos utilizarla para cualquier propósito legítimo.
- **Para proporcionar información sobre programas o productos relacionados con la salud**, tales como tratamientos y programas médicos alternativos, o sobre productos y servicios relacionados con la salud.
- **A los patrocinadores del plan.** Si obtiene su cobertura por medio de un plan de salud grupal del empleador, podemos compartir el resumen de la información médica y la información de inscripción o cancelación de la asociación con el patrocinador del plan. Además, podemos divulgar información médica con el patrocinador del plan para la administración del plan, si el patrocinador del plan está de acuerdo con las restricciones especiales para el uso y la divulgación de la información de acuerdo con la ley federal.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos usar o divulgar su información médica para propósitos de suscripción; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética para dichos propósitos.
- **Para recordatorios.** Podemos utilizar o divulgar la información médica para contactarlo a fin de recordarle sus citas con los proveedores de atención médica.

En **circunstancias particulares**, podemos usar o divulgar su información médica con los siguientes fines:

- **Según sea requerido por ley.** Podemos divulgar información cuando sea requerido por ley.
- **A las personas involucradas en su atención.** Podemos usar o divulgar su información médica a una persona involucrada con su atención, como un miembro de la familia, cuando usted sufre una incapacidad o en una emergencia, o cuando usted acepta o no se opone cuando se le da la oportunidad de hacerlo. Si usted no está disponible o no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio para decidir si la divulgación es para su beneficio. Se aplican ciertas reglas especiales sobre cuándo podemos divulgar información médica a familiares y otras personas involucradas en la atención de una persona fallecida. Podemos divulgar información médica a todas las personas involucradas, antes de su muerte, en la atención o el pago por la atención de una persona fallecida; a menos que este hecho se contradiga con la preferencia expresada anteriormente por el fallecido.
- **Para actividades de salud pública,** como informar brotes de enfermedades a una autoridad de salud pública.
- **Para reportar víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica** a autoridades gubernamentales, incluida una agencia de servicio social o de protección.
- **Para actividades de supervisión sanitaria,** tales como la concesión de licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos,** por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, orden de cateo o citación.
- **Con fines de imposición del cumplimiento de la ley,** tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o denunciar un delito.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad** al, por ejemplo, divulgar información a las agencias de salud pública o autoridades legales, o en caso de una emergencia o desastre natural.
- **Para funciones especializadas del gobierno,** tales como actividades de militares y veteranos, actividades de seguridad e inteligencia nacionales, y los servicios de protección del presidente y otros.
- **Para la compensación del trabajador,** incluidas las divulgaciones requeridas por las leyes estatales de compensación del trabajador que rigen las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Con fines de investigación,** tales como las investigaciones relacionadas con la prevención de enfermedades o discapacidades, si el estudio de investigación cumple con todos los requisitos de la ley sobre privacidad.
- **Para proveer información relacionada con personas fallecidas.** Podemos divulgar información a un médico forense o inspector médico para identificar a un difunto, determinar la causa de muerte o según lo que autorice la ley. También podemos divulgar información a los directivos de las funerarias según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus tareas.
- **Con fines de obtención de órganos.** Podemos usar o divulgar información a las entidades que se encargan de la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o piel para facilitar la donación y el trasplante.
- **Para las instituciones penitenciarias u oficiales de aplicación de la ley** si usted es un interno de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un funcionario del orden público, pero solo si fuera necesario (1) para que la institución provea atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución penitenciaria.
- **Para asociados comerciales** que desempeñan funciones en nuestro nombre o nos proveen servicios si la información fuera necesaria para esas funciones o servicios. Se exige que nuestros asociados comerciales, en virtud de un contrato con nosotros y de conformidad con la ley federal, protejan la privacidad de su información, y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no esté especificada en nuestro contrato y según lo permita la ley federal.
- **Restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación.** Ciertas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones de la privacidad especiales que restringen el uso y la divulgación de cierta información médica, incluida la información altamente confidencial sobre usted. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: Abuso de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia de niños o adultos, incluidos abuso sexual, enfermedades contagiosas, información genética, VIH/SIDA, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual.

Si se prohíbe el uso o la divulgación de la información médica descrita anteriormente en este aviso, o es sustancialmente limitada por otras leyes que se apliquen, nuestra intención es cumplir con los requisitos de la ley más rigurosa.

Excepto para los usos y divulgaciones que se describen y limitan según lo establecido en este aviso, usaremos y divulgaremos su información médica solo con su autorización por escrito. Esto incluye, excepto en circunstancias limitadas permitidas por la ley federal de privacidad, no usar ni divulgar sus notas de psicoterapia, vender su información médica a terceros, o usar o divulgar su información médica para ciertas comunicaciones promocionales que constituyan comunicaciones publicitarias prohibidas conforme a la ley federal, sin su autorización por escrito. Una vez que nos autoriza a divulgar su información médica, no podemos garantizar que la persona que reciba dicha información no la divulgue. Puede retirar o revocar su autorización por escrito, a menos que ya hayamos actuado en función de su autorización. Para revocar una autorización, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

Cuáles son sus derechos. A continuación se describen sus derechos con respecto a su información médica.

- **Tiene derecho a pedir el uso o divulgación restringidos** de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También tiene derecho a pedir que se restrinjan las divulgaciones a sus familiares o a otros que participan en su atención médica o en el pago de dicha atención. También tenemos políticas sobre el acceso de dependientes que pueden autorizar determinadas restricciones. **Comprenda que si bien tratamos de complacer su petición y permitimos peticiones acordes a nuestras políticas, no tenemos la obligación de aceptar ninguna restricción.**
- **Tiene derecho de pedir que se le envíen comunicaciones** de información confidencial de una forma diferente o a un lugar diferente (por ejemplo, enviarle información a una casilla de correo [PO Box], en lugar de a su casa). Complaceremos sus peticiones razonables cuando la divulgación de toda o parte de su información médica, de alguna manera, pueda ponerle en peligro. En algunos casos, aceptaremos solicitudes verbales de recibir comunicaciones confidenciales; sin embargo, podemos solicitarle que confirme su solicitud por escrito. Además, cualquier solicitud para modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial previa debe hacerse por escrito. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo.
- **Tiene derecho de ver y obtener una copia** de la información médica que poseemos acerca de usted, como reclamaciones e informes de caso o registros de manejo médico. Si mantenemos su información médica en formato electrónico, tendrá derecho de solicitar que le enviemos una copia de su información médica en dicho formato. También puede solicitar que le entreguemos una copia de su información a un tercero que identifique. En algunos casos, puede recibir un resumen de su información médica. Debe presentar una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información médica o enviarla a un tercero. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo. En ciertas circunstancias limitadas, podemos negarnos a aceptar su petición de inspección y copia de su información médica. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación. Podemos cobrar un cargo razonable por las copias.
- **Tiene derecho a pedir que se modifique la información** que mantenemos sobre usted, como reclamaciones e informes de caso o registros de manejo médico, si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta. Debe solicitar por escrito y dar las razones para la modificación solicitada. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo. Si rechazamos su solicitud, puede agregar una declaración de su desacuerdo a su información médica.
- **Tiene derecho a recibir un resumen** de ciertas divulgaciones de su información que realizamos durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esta rendición de cuentas no incluirá las divulgaciones de información: (i) con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) hechas a usted o con su autorización; y (iii) a instituciones correccionales o funcionarios del orden público; y (iv) otras divulgaciones sobre las cuales la ley federal no nos obliga a proporcionar una rendición de cuentas.
- **Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento. Aun si ha acordado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Además, puede obtener una copia de este aviso en nuestros sitios web como www.uhone.com, www.myuhone.com, www.uhone4me.com, www.myallsavers.com o www.myallsaversconnect.com.
- **Tiene derecho a ser considerado una persona protegida.** *(Solo en Nuevo México)*
Una "persona protegida" es una víctima de abuso doméstico que también es: (i) un solicitante de seguro con nosotros; (ii) una persona que está o puede estar cubierta por nuestro seguro; o (iii) alguien que tiene una reclamación de beneficios en virtud de nuestro seguro.

Ejercer sus derechos

- **Cómo comunicarse con su plan de salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea ejercer cualquiera de sus derechos, puede comunicarse con un representante del centro de llamadas de Servicio al Cliente de UnitedHealthOne. Los miembros de Golden Rule pueden llamarnos al 800-657-8205 (TTY 711). Los miembros de All Savers pueden llamarnos al 1-800-291-2634 (TTY 711).
- **Presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja a la dirección mencionada a continuación.
- **Cómo presentar una solicitud por escrito.** Envíenos por correo una solicitud por escrito para ejercer algún derecho, incluso para modificar o cancelar una comunicación confidencial, para obtener copias de sus registros o para solicitar que se les realicen enmiendas a estos, a la siguiente dirección:
- Oficina de Privacidad, 7440 Woodland Drive, Indianápolis, IN 46278-1719
- **También puede presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).** No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

Aviso sobre la Ley de Informes de Crédito Justos. En algunos casos, es posible que le solicitemos a una agencia de informes de crédito del consumidor que compile un informe del consumidor, incluido un informe de investigación del consumidor, sobre usted. Si solicitamos un informe de investigación del consumidor, le notificaremos de inmediato el nombre y la dirección de la agencia que proporcionará el informe. Puede solicitar por escrito que lo entrevisten como parte de la investigación. La agencia puede conservar una copia del informe. La agencia puede divulgarlo a otras personas según lo permitido por la Ley Federal de Informes de Crédito Justos (Federal Fair Credit Reporting Act).

Podemos divulgar información únicamente sobre nuestras transacciones o experiencias con usted a nuestras filiales.

MIB. Junto con nuestra membresía en MIB, Inc., anteriormente conocida como Medical Information Bureau (MIB), nosotros o nuestras reaseguradoras podemos hacer un informe de su información personal a MIB. MIB es una organización sin fines de lucro de compañías de seguros de vida y salud que opera un intercambio de información en nombre de sus miembros. Si presenta una solicitud o reclamación de beneficios a otra compañía miembro de MIB para una cobertura de seguro de vida o de salud, MIB, a solicitud, le proporcionará a dicha compañía información sobre usted que tenga en su archivo.

Si cuestiona la exactitud de la información en el archivo de MIB, puede solicitar una corrección de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Informes de Crédito Justos. Comuníquese con MIB a: MIB, Inc., 50 Braintree Hill Park Ste. 400, Braintree, MA 02184-8734, 1-866-692-6901, www.mib.com.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (vigente a partir del 1 de enero de 2019)

Nosotros (incluidas nuestras filiales enumeradas al final de este aviso) nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A los fines de este aviso, "información personal financiera" significa toda información, que no sea de índole médica, sobre un asegurado o un solicitante de cobertura de atención médica que identifica al individuo, no está generalmente a disposición del público y se compila para esa persona en particular o se obtiene en relación con la provisión de cobertura de atención médica a esa persona.

Información que recopilamos. Según el producto o servicio que haya adquirido de nosotros, es posible que recopilemos información financiera personal acerca de usted de las siguientes fuentes:

- Información que recibimos en su solicitud o en otros formularios, como nombre, dirección, edad, información médica y número del seguro social;
- Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras filiales u otros, como pago de prima e historial de reclamaciones; e
- Información de una agencia de informes del consumidor.

Divulgación de información. No divulgamos información financiera personal acerca de nuestros asegurados ni de personas que hayan estado aseguradas a ningún tercero, excepto cuando la ley lo exija o lo permita. Por ejemplo, en el curso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, hasta donde lo permita la ley, divulgar cualquier información financiera personal que obtengamos de usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones:

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras compañías de seguro y compañías no financieras; por ejemplo, las procesadoras de información;
- A las compañías no afiliadas para nuestros propósitos comerciales cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a las citaciones judiciales y a las investigaciones legales; y
- A las compañías no afiliadas que realizan servicios para nosotros, que incluyen el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Restringimos el acceso a su información financiera personal a empleados, filiales y proveedores de servicios que participan en la administración de su cobertura de atención médica o le proporcionan servicios. Mantenemos todos los controles de seguridad física, electrónica y procesal que cumplen con los estándares federales para proteger su información financiera personal.

Confidencialidad y seguridad. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento de acuerdo con los estándares federales vigentes para proteger su información financiera personal de riesgos como la pérdida, la destrucción o el uso indebido. Estas medidas incluyen salvaguardas informáticas, archivos y edificios asegurados y restricciones sobre las personas que podrían tener acceso a su información financiera personal.

Preguntas sobre este aviso. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con un representante del centro de llamadas de Servicio al Cliente de UnitedHealthOne. Los miembros de Golden Rule pueden llamarnos al 1-800-657-8205 (TTY 711). Los miembros de All Savers pueden llamarnos al 1-800-291-2634 (TTY 711). El Aviso de prácticas de privacidad, vigente a partir del 1 de enero de 2019, se proporciona en nombre de All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; Golden Rule Insurance Company; Oxford Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company y UnitedHealthcare Life Insurance Company. Para obtener una autorización para divulgar su información personal a un tercero, visite el sitio web correspondiente que figura en este Aviso.

Seguro de la vista en el que realmente puede enfocarse.

Visite myuhcvision.com para encontrar proveedores en su área, acceder a información del plan, ver el estado de sus reclamaciones y más. ¿Quiere saber cuál es el costo? ¡No busque más! Con precios fijados por adelantado, podrá saber cuál es su prima mensual de forma simple y clara.

Plan A: \$11.40*

- Examen de la vista
- Anteojos O lentes de contacto

Agregue \$7.20* por cada asegurado adicional

Plan B: \$15.70*

- Examen de la vista
- Anteojos Y lentes de contacto

Agregue \$9.90* por cada asegurado adicional



26.2 MILLONES

UnitedHealthcare proporciona acceso a servicios médicos a 26.2 millones de estadounidenses. Golden

Rule Insurance Company (GRIC), una compañía de UnitedHealthcare, es la aseguradora de los planes que aparecen en este folleto. Fuente: Formulario 10-K de UnitedHealth Group para el año finalizado el 12/31/20.

“A”

Golden Rule Insurance Company tiene una calificación “A” (Excelente) de A.M. Best. Esta organización mundial independiente realiza un análisis de las compañías de seguros y otras empresas, y publica su opinión sobre ellas. (Calificación al 12/18/20. Para obtener la calificación más reciente, visite www.ambest.com.)

*Tarifas vigentes al 6/25/21 y sujetas a cambios. Consulte las variaciones por estado 44276iCASP-G (CA), 44276iWISP-G (WI) o 44276iSP-G (todos los demás estados) para conocer las tarifas específicas de cada estado que varían de las tarifas anteriores.

 **UnitedHealthcare®**
Golden Rule
Insurance Company

Variaciones de los servicios de la vista por estado

A continuación, consulte la disponibilidad estatal, y los beneficios, las exclusiones y las limitaciones aplicables específicos de cada estado.

Debe usarse este encarte con nuestro folleto de la vista para la cobertura individual (44276SP-G).

Estos planes no pueden adquirirse si ya tiene otra cobertura de la vista. Esta cobertura no proporciona beneficios pediátricos esenciales mínimos para servicios de la vista según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

Alabama

No hay variaciones estatales.

Arizona

- Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.*
- Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.*
- No se aplica la exclusión y limitación general por los servicios que prestó un proveedor de servicios de la vista que es miembro de la familia inmediata de la persona cubierta.

Arkansas

No hay variaciones estatales.

California

Consulte el folleto específico del estado CA (44276C1CASP-G).

Colorado

- El Plan A no está disponible.
- Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$13.10 para el asegurado principal, \$8.30 adicionales por mes para cada dependiente.*
- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.
- Un dependiente elegible incluye a su pareja de unión civil en virtud de la ley de Colorado.

Connecticut

Su tarifa de prima está garantizada por 12 meses a partir de su fecha de entrada en vigencia.

Delaware

- Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.*
- Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.*

District of Columbia

Un dependiente elegible incluye a su pareja de hecho o de unión civil en virtud de la ley de Colorado.

Florida

- Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.*
- Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.*
- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.
- Le notificaremos por escrito con al menos 45 días de anticipación sobre cualquier cambio en la prima.
- Un hijo dependiente puede incluir a un hijo casado si tiene menos de 26 años de edad.

Georgia

- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.
- Le notificaremos por escrito con al menos 60 días de anticipación sobre cualquier cambio en la prima.

Hawaii

Un dependiente elegible incluye a su beneficiario recíproco según se define en la ley de Hawaii.

Idaho

No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.

Illinois

- Un dependiente elegible incluye a su pareja de unión civil en virtud de la ley de Illinois.
- Un hijo elegible es un menor de 26 años de edad, independientemente del estado civil.
- Un hijo elegible también incluye a un hijo menor de 30 años de edad si: es soltero, residente de Illinois, ha prestado servicio en las fuerzas armadas de los EE. UU., ha recibido una liberación o baja que no sea deshonrosa y ha presentado un Certificado de Liberación o Baja que indique la fecha de la liberación.

Indiana

- Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.*
- Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.*
- Un hijo dependiente puede incluir a un hijo casado si tiene menos de 26 años de edad.

* Tarifas específicas de cada estado vigentes a partir del 6/25/21 y sujetas a cambios.

Variaciones de los servicios de la vista por estado, continuación

• Iowa

No hay variaciones estatales.

Kansas

- **Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.***
- **Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.***
- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.
- La exclusión y limitación general por la cual una persona cubierta puede recibir una compensación en virtud de la Ley de Compensación al Trabajador u otra ley de responsabilidad civil similar del empleador se reemplaza por lo siguiente: “Sobre la base o en el transcurso de un empleo por un salario o ganancia, si la persona cubierta está asegurada, o debe estar asegurada, por un seguro de compensación al trabajador de conformidad con la ley estatal o federal vigente. Si celebra un acuerdo en el que se renuncia al derecho de una persona cubierta a recuperar beneficios médicos futuros en virtud de una ley de compensación al trabajador o un plan de seguro, esta exclusión se seguirá aplicando. En el caso de que la compañía de seguros de compensación al trabajador niegue la cobertura de su reclamación de compensación al trabajador, esto se seguirá aplicando a menos que dicha denegación se apele ante la agencia gubernamental correspondiente y la agencia ratifique la denegación”.

Kentucky

- **Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.***
- **Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.***
- Su tarifa de prima está garantizada por 12 meses a partir de su fecha de entrada en vigencia.
- En la exclusión y limitación de procedimientos quirúrgicos correctivos como, entre otros, queratotomía radial (RK) y queratectomía fotorrefractiva (PRK), se elimina “entre otros”.

Louisiana

- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.
- La tarifa de su prima está garantizada por 12 meses a partir de su fecha de entrada en vigencia y no cambiará más de una vez cada 6 meses a partir de la fecha de entrada en vigencia, a menos que su residencia cambie, o se agregue o elimine un dependiente de la póliza.
- Le notificaremos por escrito con al menos 45 días de anticipación sobre cualquier cambio en la prima.

* Tarifas específicas de cada estado vigentes a partir del 6/25/21 y sujetas a cambios.

Maine

- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.
- Le notificaremos por escrito con al menos 60 días de anticipación sobre cualquier cambio en la prima.
- Un dependiente elegible incluye a su pareja de hecho en virtud de la ley de Maine.

Maryland

- **Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.***
- **Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.***
- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.
- Le notificaremos por escrito con al menos 45 días de anticipación sobre cualquier cambio en la prima.
- Se agrega la exclusión y limitación para cualquier servicio de la vista “prestado como resultado de una derivación prohibida”.

Michigan

No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.

Mississippi

Le notificaremos por escrito con al menos 60 días de anticipación sobre cualquier cambio en la prima.

Missouri

No hay variaciones estatales.

Nebraska

No hay variaciones estatales.

New Hampshire

No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.

New Jersey

- **Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.***
- **Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.***
- Un dependiente elegible incluye a su pareja de unión civil o de hecho en virtud de la ley de New Jersey.

Variaciones de los servicios de la vista por estado, continuación

New Mexico

- Le notificaremos por escrito con al menos 60 días de anticipación sobre cualquier cambio en la prima.
- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.

Nevada

- Le notificaremos por escrito con al menos 60 días de anticipación sobre cualquier cambio en la prima.
- Un dependiente elegible incluye a su pareja de hecho en virtud de la ley de Nevada.

North Carolina

- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.
- La tasa de su prima está garantizada por 12 meses a partir de su fecha de entrada en vigencia y no cambiará más de una vez en cualquier período de 12 meses después del primer período de 12 meses.
- Le notificaremos por escrito con al menos 45 días de anticipación sobre cualquier cambio en la prima.
- Un hijo dependiente puede incluir a un hijo casado si tiene menos de 26 años de edad.

North Dakota

- **Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$9.50 para el asegurado principal, \$6.00 adicionales por mes para cada dependiente.***
- **Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$13.10 para el asegurado principal, \$8.30 adicionales por mes para cada dependiente.***
- En la disposición de renovación garantizada, “garantizada” se reemplaza por “condicional”.
- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.
- Un hijo elegible incluye al hijo de su dependiente.

Ohio

- **Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.***
- **Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.***
- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.

Oklahoma

No hay variaciones estatales.

Oregon

Un dependiente elegible incluye a su pareja de hecho en una unión de hecho establecida en virtud de la ley de Oregon.

Pennsylvania

- Este producto no está disponible para los residentes de PA de los siguientes condados: Cameron, Forest, Montour, Perry, Potter y Sullivan.
- La exclusión y limitación de la Ley de Compensación al Trabajador se reemplaza por lo siguiente: “Por los cuales una persona cubierta puede recibir una compensación en virtud de cualquier Ley de Compensación al Trabajador, Ley de Enfermedades Ocupacionales o la Ley de Compensación de los Trabajadores Portuarios de Longshoreman de los Estados Unidos”.

Rhode Island

No hay variaciones estatales.

South Carolina

- **Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.***
- **Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.***
- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.

South Dakota

- **Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.***
- **Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.***
- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.
- La exclusión y limitación general para cualquier servicio de la vista prestado por un proveedor de servicios de la vista que sea miembro de la familia inmediata de la persona cubierta no es aplicable si es el único proveedor dentro de un radio de 50 millas y actúa dentro del ámbito de su licencia.

Tennessee

- **Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.**
- **Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.**
- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.

Texas

No hay variaciones estatales.

* Tarifas específicas de cada estado vigentes a partir del 6/25/21 y sujetas a cambios.

Variaciones de los servicios de la vista por estado, continuación

Utah

- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.
- Le notificaremos por escrito con al menos 45 días de anticipación sobre cualquier cambio en la prima.

Vermont

- **Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.**
- **Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.**
- Un dependiente elegible incluye a su pareja en unión civil establecida en virtud de la ley de Vermont.
- Un hijo dependiente puede incluir a un hijo casado si tiene menos de 26 años de edad.

Virginia

- **Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$10.40 para el asegurado principal, \$6.60 adicionales por mes para cada dependiente.**
- **Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$14.30 para el asegurado principal, \$9.00 adicionales por mes para cada dependiente.**
- No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.
- No se aplica la exclusión por los cargos del impuesto sobre las ventas para servicios de atención de la vista.

Washington

- **Tarifas de primas mensuales del Plan A: \$9.50 para el asegurado principal, \$6.00 adicionales por mes para cada dependiente.***
- **Tarifas de primas mensuales del Plan B: \$13.10 para el asegurado principal, \$8.30 adicionales por mes para cada dependiente.***
- Un dependiente elegible incluye a su pareja de hecho registrada en virtud de la ley de Washington.
- Un hijo dependiente puede incluir a un hijo casado si tiene menos de 26 años de edad.

West Virginia

No se requiere compromiso con el plazo de la prima de la póliza de 12 meses.

Wisconsin

Consulte el folleto específico del estado WI (44276C1WISP-G).

Wyoming

No hay variaciones estatales.

* Tarifas específicas de cada estado vigentes a partir del 6/25/21 y sujetas a cambios.