

ABOUT

El beneficio de la vista hace que sea más fácil para usted y su familia cuidar su salud ocular.

Se recomiendan exámenes completos de la vista para todos los pacientes, especialmente aquellos con condiciones de salud crónicas como la diabetes. Se pueden programar citas en las ubicaciones de nuestros Centros de Salud llamando al 718-606-FUND (3863).

Exámenes para lentes de contactos no están disponibles en nuestros Centros.

Para su comodidad, también puede elegir cualquier proveedor óptico externo para los exámenes de la vista de rutina y las recetas de anteojos y solicitar el reembolso del examen de la vista y los anteojos.

Un reembolso de \$200 está disponible para cada miembro elegible o dependiente. El reembolso se puede aplicar al examen de la vista, tarifas de ajuste de lentes de contacto, marcos de anteojos y lentes de contacto. Los beneficios anuales no utilizados se transferirán para recibir un reembolso máximo de \$400 por cada persona elegible.



CONTÁCTANOS

Local de Centros para la Visión
1-718-606-FUND (3863)

Beneficios
1-212-586-6400



MyFundsPortal.com

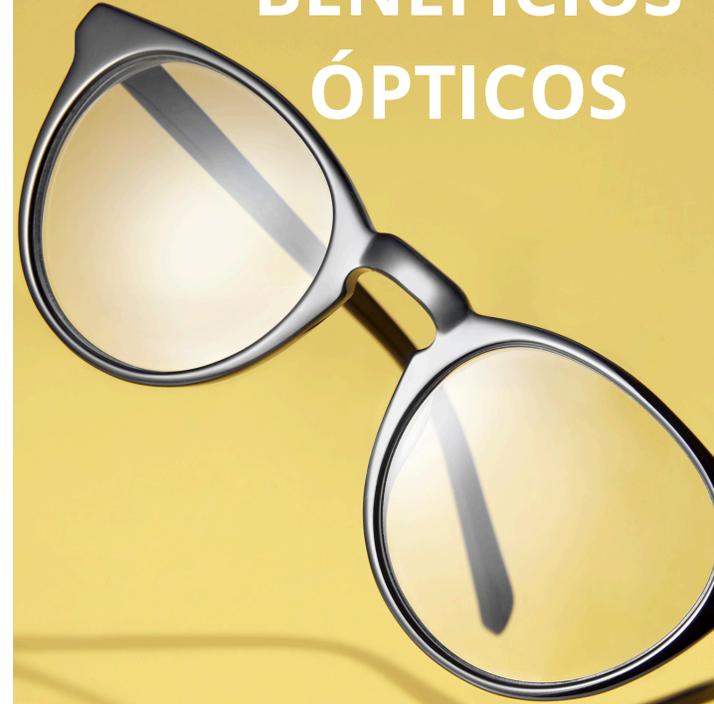
Brooklyn Health Center
Harlem Health Center
Midtown Health Center
Queens Health Center



@EBF_HCI

@HealthCenterInc

BENEFICIOS ÓPTICOS



REEMBOLSO

Para reembolsarle la compra de anteojos o lentes de contacto, necesitaremos tres elementos:

1 FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE REEMBOLSO POR ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

El Formulario de reclamación de reembolso por atención oftalmológica se puede obtener en línea, en una de nuestras cuatro salas de atención oftalmológica o en nuestras oficinas ubicadas en 305 W. 44th Street, segundo piso.

2 DETALLES DE SU COMPRA

Cada individuo en su plan y con una receta para la vista tiene derecho a un reembolso de \$200 cada año con una compra calificada. Para procesar su solicitud, se requiere que envíe un recibo por el monto total gastado por persona en su plan.



3 COMPROBANTE DE COMPRA

Haga una copia de su recibo de su cuenta bancaria o tarjeta de crédito que muestre prueba de su compra.

Para procesar su reembolso, debe enviar todos los elementos descritos juntos dentro de un año de la compra.

¿Todavía tiene preguntas sobre su beneficio o cobertura? Llámenos para que podamos responder a sus preguntas.
1-212-586-6400

Guarde copias: **NO ENVÍE LOS ORIGINALES POR CORREO POSTAL.**

RECLAMACIONES DE REEMBOLSO



A TRAVÉS DEL SISTEMA DE FORMULARIO ELECTRÓNICO

Envíe su formulario en este enlace: <http://www.hotelfunds.org/vault/e-forms> o escanee el código QR a continuación.



EN PERSONA

Lleve copias de su formulario de reclamo y los detalles del pedido a 305 W. 44th Street en el segundo piso.



ENVÍE POR CORREO SU PRUEBA COMPRA

Envíe por correo copias prescripción de la vista, los detalles del pedido y el comprobante de compra a:

**NYHTC - EYE CARE
PO BOX 36-20953
NEW YORK, NY 10129**