



**Gold Plan (Insight Network)
Summary of Benefits
For Group# 4693V-1000, 2000, 9901000
Phoenix Elementary School District**

Benefits are subject to all provisions, terms and conditions of the Vision Certificate, including this Summary of Benefits and the Group Vision Contract.

Please note: The date of service is the date the procedure was performed unless otherwise noted below.

Control Plan - Delta Dental of Arizona

Benefit Year - January 1 through December 31

Child Age Limit - To age 26

Student Age Limit - To age 26

Covered Services -

Vision Care Services	In-Network	Out-of-Network
Exam with Dilation as Necessary	\$10 Copay	\$30
Retinal Imaging Benefit	Up to \$39	Not Covered
Exam Options Standard Contact Lens Fit and Follow-Up Premium Contact Lens Fit and Follow-Up	Up to \$40 10% off Retail Price	Not Covered Not Covered
Frames Any available frame at provider location	\$0 Copay; \$120 allowance, 20% off balance over \$120	\$60
Standard Plastic Lenses Single Vision Bifocal Trifocal Lenticular Standard Progressive* Premium Progressive* Tier 1 Tier 2 Tier 3 Tier 4	\$10 Copay \$10 Copay \$10 Copay \$10 Copay \$75 Copay \$95 Copay \$105 Copay \$120 Copay \$75 Copay, 80% of charge less \$120 Allowance	\$25 \$40 \$55 \$55 \$40 \$40 \$40 \$40 \$40
Lens Options UV Treatment Tint (Solid and Gradient) Standard Plastic Scratch Coating Standard Polycarbonate - Adults Standard Polycarbonate - Kids under 19 Standard Anti-Reflective Coating* Polarized	\$15 Copay \$15 Copay \$15 Copay \$40 Copay \$40 Copay \$45 Copay 20% off Retail Price	Not Covered Not Covered Not Covered Not Covered Not Covered Not Covered Not Covered

Photocromatic/Transitions Plastic	\$75	Not Covered
Premium Anti-Reflective*		
Tier 1	\$57 Copay	Not Covered
Tier 2	\$68 Copay	Not Covered
Tier 3	20% off Retail Price	Not Covered
Other Add-Ons	20% off Retail Price	Not Covered
Contact Lenses (<i>Contact lens allowance includes materials only</i>)		
Conventional	\$0 Copay; \$80 allowance, 15% off balance over \$80	\$64
Disposable	\$0 Copay; \$80 allowance, plus balance over \$80	\$64
Medically Necessary	\$0 Copay, Paid-in-Full	\$200
Laser Vision Correction Lasik or PRK from U.S. Laser Network	15% off Retail Price or 5% off promotional price	Not Covered
Amplifon Hearing Health Care	Hearing Health Care from Amplifon Hearing Health Care Network - Members receive a 40% discount off hearing exams and a low price guarantee on discounted hearing aids	Not Covered
Additional Pairs Benefit	Members also receive a 40% discount off complete pair prescription eyeglass purchases and a 15% discount off conventional contact lenses once the funded benefit has been used	Not Covered
Frequency Examination Lenses or Contact Lenses Frame	Once every 12 months Once every 12 months Once every 12 months	

*DDAZ reserves the right to make changes to the products on each tier and the member out-of-pocket costs. Fixed pricing is reflective of brands at the listed product level. All providers are not required to carry all brands at all levels.

Additional Discounts - Member receives a 20% discount on items not covered by the plan at network Providers, which cannot be combined with any other discounts or promotional offers. Discount does not apply to EyeMed Provider's professional services, or contact lenses. Members also receive 15% off retail price or 5% off promotional price for Lasik or PRK from the US Laser Network, owned and operated by LCA Vision.

Members also receive a 40% discount off complete pair prescription eyeglass purchases and a 15% discount off conventional contact lenses once the funded benefit has been used. After initial purchase, replacement contact lenses may be obtained via the Internet at substantial savings and mailed directly to the member. Details are available at www.eyemedvisioncare.com. The contact lens benefit allowance is not applicable to this service. Rates are valid for groups domiciled in the State of AZ.

Plan Exclusions -

- 1) Orthoptic or vision training, subnormal vision aids and any associated supplemental testing; Aniseikonic lenses; 2) Medical and/or surgical treatment of the eye, eyes or supporting structures; 3) Any eye or Vision Examination, or any corrective eyewear required by a Policyholder as a condition of employment; Safety eyewear; 4) Services provided as a result of any Workers' Compensation law, or similar legislation, or required by any governmental agency or program whether federal, state or subdivisions thereof; 5) Plano (non-prescription) lenses and/or contact lenses; 6) Non-prescription sunglasses; 7) Two pair of glasses in lieu of bifocals; 8) Services or materials provided by any other group benefit plan providing vision care; 9) Certain brand name Vision Materials in which the manufacturer imposes a no-

discount policy; 10) Services rendered after the date an Insured Person ceases to be covered under the Policy, except when Vision Materials ordered before coverage ended are delivered, and the services rendered to the Insured Person are within 31 days from the date of such order. 11) Lost or broken lenses, frames, glasses, or contact lenses will not be replaced except in the next Benefit Frequency when Vision Materials would next become available.

Diabetic Services Rider -

Diabetic Care Services	Member Cost	Frequency	Out-of-Network Reimbursement
Office Service Visit <i>(Medical Follow-up Exam)</i> Type 1 and Type 2 diabetics	Covered 100% \$0 copay	Up to 2 services per benefit year	\$77
Fundus Photography** Type 1 and Type 2 diabetics	Covered 100% \$0 copay	Up to 2 services per benefit year	\$50
Extended Ophthalmoscopy** Type 1 and Type 2 diabetics	Covered 100% \$0 copay	Up to 2 services per benefit year	\$15
Gonioscopy Type 1 and Type 2 diabetics	Covered 100% \$0 copay	Up to 2 services per benefit year	\$15
Scanning Laser Type 1 and Type 2 diabetics	Covered 100% \$0 copay	Up to 2 services per benefit year	\$33

**Not covered if extended ophthalmoscopy is provided within 6 months.

Definitions -

Office Service Visit (Medical Follow-up Exam) is the office visit for the evaluation and management of an established patient. The office visit includes patient history, follow-up examination services as deemed appropriate by the provider, and medical decision making. Some or all of the diagnostic services described below will be provided as deemed appropriate, subject to provider determination of service necessity and the benefit frequency limitations referenced above. More comprehensive descriptions of these services are available in the Certificate of Insurance.

- **Fundus Photography** with interpretation and report. Fundus photography is a process using optical imaging equipment to photograph structures of the eye.
- **Extended Ophthalmoscopy** with retinal drawing and interpretation and report. A serious retinal condition must exist or be suspected (based on results of routine ophthalmoscopy) which requires further detailed study.
- **Gonioscopy** procedure to look at the anterior chamber structures of the eye between the cornea and the iris. Gonioscopy can be used in detection or treatment of conditions that can be more prevalent in diabetics such as glaucoma or neovascularization of the angle.
- **Scanning.** Laser Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging, posterior segment with interpretation and report.

Exclusions and Limitations - The Diabetic Benefit covers diabetic eye care evaluation services only. The following services and benefits are excluded:

- 1) Costs associated with securing frames, lenses, or any other materials.
- 2) Orthoptics or vision training and any associated supplemental testing.
- 3) Surgical procedures, including laser or any other form of refractive surgery, and any pre or post-operative services.
- 4) Pathological treatment of any type for any condition.
- 5) Any eye examination required by an employer as a condition of employment.
- 6) Insulin or any medications or supplies of any type.
- 7) Services and/or materials not included above.



Gold Plan (Insight Network)
Resumen de Beneficios
para el Grupo # 4693V-1000, 2000, 9901000
Phoenix Elementary School District

Los beneficios están sujetos a todas las provisiones, términos y condiciones del certificado de visión (en inglés, *Vision Certificate*), incluso este resumen de beneficios y el contrato de visión de grupo.

Nota: La fecha de servicio es la fecha en que se realizó el procedimiento a menos que se indique lo contrario a continuación.

Plan de Control: Delta Dental of Arizona

Año de beneficios: 1 de enero hasta el 31 de diciembre

Límite de edad para dependientes: hasta los 26 años

Servicios cubiertos:

SERVICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA	BENEFICIO DENTRO DE LA RED	BENEFICIO FUERA DE LA RED
Examen ocular con dilatación según sea necesario	Copago \$10	\$30
Beneficio de escaneo retiniano	Hasta \$39	No cubierto
Opciones de examen Ajuste y seguimiento de los lentes de contacto tipo estándar Ajuste y seguimiento de los lentes de contacto tipo premium	Hasta \$55 Descuento del 10% del precio de venta al público (PVP)	No cubierto No cubierto
Monturas Cualquier montura disponible en la ubicación del proveedor	Copago \$0; Beneficio de \$120 Descuento del 20% al saldo que excede \$120	\$60
Cristales estándar de plástico Monofocal Bifocal Trifocal Lenticular Progresivos Estándar* Progresivos Premium * Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4	Copago \$10 Copago \$10 Copago \$10 Copago \$10 Copago \$75 Copago \$95 Copago \$105 Copago \$120 Copago \$75, 80% del cargo menos el beneficio de \$120	\$25 \$40 \$55 \$55 \$40 \$40 \$40 \$40 \$40
Opciones para cristales Protección UV Tinte (sólidos y degradados) Revestimiento anti-rayas, tipo estándar plástico Policarbonato estándar - adultos Policarbonato estándar - niños menores de 19 años Revestimiento anti-reflejos, tipo estándar*	Copago \$15 Copago \$15 Copago \$15 Copago \$40 Copago \$40 Copago \$45	No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto

Revestimiento polarizado Fotocromáticas/Transición, de plástico	Descuento del 20% del PVP \$75	No cubierto No cubierto
Revestimiento anti-reflejos, tipo Premium* Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Otros complementos	Copago \$57 Copago \$68 Descuento del 20% del PVP Descuento del 20% del PVP	No cubierto No cubierto No cubierto No cubierto
Lentes de contacto (El beneficio para lentes de contacto incluye sólo materiales) Convencionales Descartables Necesarias por razones médicas	Copago \$0; beneficio de \$80 y descuento del 15% al saldo que excede \$80 Copago \$0; beneficio de \$80, más el balance que excede \$80 Copago \$0, pagado en su totalidad	\$64 \$64 \$200
Corrección de visión por láser LASIK o PRK de U.S. Laser Network	Descuento del 15% del PVP o 5% del precio promocional	No cubierto
Amplifon Hearing Health Care	Servicios de salud auditiva de la red <i>Amplifon Hearing Health Care Network</i> . Los miembros reciben un descuento del 40% en exámenes de audición y una garantía de bajo precio en audífonos con descuento	No cubierto
Beneficio de pares adicionales	Los miembros también reciben un descuento del 40% en la compra de pares completas de lentes con receta y un descuento del 15% en lentes de contacto convencionales una vez que se ha aplicado el beneficio completo	No cubierto
Frecuencia Examen Lentes o lentes de contacto Montura	Una vez cada 12 meses Una vez cada 12 meses Una vez cada 12 meses	

*DDAZ se reserva el derecho de realizar cambios en los productos de cada nivel y en los gastos de bolsillo de los miembros. La fijación de los precios en cada nivel de producto depende de la marca comercial. No se les requiere a todos los proveedores de ofrecer todas las marcas en cada nivel de producto.

Descuentos adicionales: con los proveedores de la red, el miembro recibirá un descuento del 20% para artículos que no están cubiertos por el plan, el cual no se puede combinar con otros descuentos u ofertas promocionales. El descuento no se aplica a los servicios profesionales ni a los lentes de contacto del proveedor EyeMed. Los miembros también recibirán un descuento del 15% del PVP o un descuento del 5% en el precio promocional para Lasik o PRK de la red US Laser Network, propiedad y operada por LCA Vision.

Los miembros también reciben un descuento del 40% en las compras de pares completas de lentes con receta médica y un descuento del 15% en los lentes de contacto convencionales una vez que se haya aplicado el beneficio completo. Después de la compra inicial, los lentes de contacto de reemplazo se pueden obtener vía el Internet en ahorros substanciales y se envían directamente al miembro. Los detalles están disponibles en www.eyemedvisioncare.com. El beneficio para los lentes de contacto no es aplicable a este servicio. Las tarifas son válidas para grupos domiciliados en el estado de Arizona.

Exclusiones del plan:

1) Entrenamiento de la visión ortóptica, ayudas para la visión subnormal y cualquier examen suplementaria asociada; lentes anisecónicas; 2) Tratamiento médico y/o quirúrgico del ojo, ojos o estructuras de apoyo; 3) Cualquier examen ocular o de la visión, o cualquier tipo de anteojos correctivos requerido por un titular de seguro como una condición de

empleo; protección ocular; 4) Servicios proporcionados como resultado de cualquier ley de indemnización para trabajadores (en inglés, *Worker's Compensation*), o legislación similar, o requeridos por cualquier agencia gubernamental o programa federal, estatal o subdivisiones de los mismos; 5) Lentes y/o lentes de contacto tipo *Plano* (sin receta); 6) Gafas de sol sin receta médica; 7) Dos pares de lentes en lugar de bifocales; 8) Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro plan de beneficios de grupo que proporcione atención de la vista; 9) ciertos materiales de la visión de marca comercial en los que el fabricante impone una política de no permitir descuento; 10) Servicios prestados después de la fecha en que una persona asegurada pierde la cobertura bajo la póliza, salvo cuando los materiales de visión hayan sido ordenados antes de la fecha en que termine la cobertura y los servicios prestados a la persona asegurada estén dentro de los 31 días de la fecha de dicha orden. 11) No se reemplazarán cristales, monturas, lentes, o lentes de contacto perdidos o rotos excepto en la próxima frecuencia de beneficios cuando los materiales de visión estén disponibles.

Anexo de Servicios para Diabéticos:

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DIABETES	COSTO PARA EL MIEMBRO	FRECUENCIA	REEMBOLSO FUERA DE LA RED
Visita de servicio en el consultorio (Consulta de seguimiento médico) Diabéticos tipo 1 y tipo 2	Cubierto 100% Copago \$0	Hasta 2 servicios por año de beneficios	\$77
Fotografía del fondo del ojo** Diabéticos tipo 1 y tipo 2	Cubierto 100% Copago \$0	Hasta 2 servicios por año de beneficios	\$50
Oftalmoscopia extendida** Diabéticos tipo 1 y tipo 2	Cubierto 100% Copago \$0	Hasta 2 servicios por año de beneficios	\$15
Gonioscopia Diabéticos tipo 1 y tipo 2	Cubierto 100% Copago \$0	Hasta 2 servicios por año de beneficios	\$15
Escaneo con láser Diabéticos tipo 1 y tipo 2	Cubierto 100% Copago \$0	Hasta 2 servicios por año de beneficios	\$33

**No está cubierto si se lleva a cabo la oftalmoscopia extendida dentro de 6 meses.

Definiciones:

Consulta de servicio en el consultorio (examen de seguimiento médico) es la visita al consultorio para la evaluación y gestión de tratamiento de un paciente establecido. La visita al consultorio incluye la historia clínica del paciente, servicios de examen de seguimiento según lo considere adecuado el proveedor y la toma de decisiones médicas. Algunos o todos los servicios de diagnóstico descritos a continuación se proporcionarán según se considere adecuado, sujeto a la determinación del proveedor de la necesidad de servicio y las limitaciones de frecuencia de beneficios anteriormente mencionadas. Descripciones más completas de estos servicios están disponibles en el Certificado de Seguro.

- **Fotografía del fondo** del ojo con interpretación e informe. La fotografía del fondo del ojo es un proceso que utiliza equipos ópticos de imágenes para fotografiar estructuras del ojo.
- **Oftalmoscopia extendida** con dibujo e interpretación retiniana. Una condición retiniana seria debe existir o ser sospechada (basado en resultados de la oftalmoscopia rutinaria) que requiere estudio detallado adicional.
- **Procedimiento de gonioscopia** para observar las estructuras de la cámara anterior del ojo, entre la córnea y el iris. La gonioscopia se puede utilizar en la detección o el tratamiento de enfermedades que pueden ser más frecuentes en diabéticos como el glaucoma o la neovascularización del ángulo.
- **Escaneo. Escaneo con láser** computarizado de imágenes de diagnóstico oftálmico, segmento posterior con interpretación e informe.

Exclusiones y limitaciones: el beneficio para diabéticos se limita a los servicios de evaluación del cuidado de la vista para diabéticos. Se excluyen los siguientes servicios y beneficios:

- 1) Costes asociados con procurar monturas, lentes o cualquier otro material.
- 2) Entrenamiento ortóptica o de la visión y cualquier examen complementaria asociada.
- 3) Procedimientos quirúrgicos, incluso láser o cualquier otra forma de cirugía refractiva, y cualquier servicio pre o posoperatorio.

- 4) Tratamiento patológico de cualquier tipo para cualquier condición.
- 5) Cualquier examen de los ojos requerido por un empleador como condición de empleo.
- 6) Insulina o cualquier medicamento o insumo de cualquier tipo.
- 7) Servicios y/o materiales no incluidos anteriormente.