

**Platinum Plan (Insight Network)**  
**Resumen de Beneficios**  
**Para el Grupo 22155V-1000, 9901000**  
**Roosevelt School District #66**

Los beneficios están sujetos a todas las provisiones, términos y condiciones del Certificado de Visión, incluyendo 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 de Arizona

**Año de Beneficios:** 1 de enero hasta el 31 de diciembre

**Límite de Edad para Niños:** hasta los 26 años

**Límite de Edad para Estudiantes:** hasta los 26 años

**Servicios Cubiertos:**

Servicios de Cuidado de la Vista	En la Red de Proveedores	Fuera de la Red
Examen ocular con dilatación según sea necesario	Copago \$10	\$30
Beneficio de escaneo retiniano	Hasta \$39	No cubierto
<b>Opciones de examen</b> Ajuste y seguimiento de los lentes de contacto tipo estándar Ajuste y seguimiento de los lentes de contacto tipo premium	Hasta \$40 Descuento de 10% en el Precio de Venta al Público (PVP)	No cubierto No cubierto
<b>Monturas</b> Cualquier montura disponible en la ubicación del proveedor	Copago \$0; Beneficio de \$150, descuento de 20% al saldo que excede \$150	\$75
<b>Cristales tipo estándar de plástico</b> 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

<p><b>Opciones de cristales</b>  Protección UV  Tinte (sólidos y degradados)  Revestimiento anti-rayas, tipo estándar plástico</p> <p>Policarbonato estándar - Adultos  Policarbonato estándar - Niños menores de 19 años  Revestimiento anti-reflejos, tipo estándar*</p> <p>Revestimiento polarizado  Fotocromáticas/Transición, de plástico</p> <p>Revestimiento anti-reflejos, tipo Premium*  Nivel 1  Nivel 2  Nivel 3</p> <p>Otros complementos</p>	<p>Copago \$15  Copago \$15  Copago \$15</p> <p>Copago \$40  Copago \$40  Copago \$45</p> <p>Descuento de 20% en el PVP  \$75</p> <p>Copago \$57  Copago \$68  Descuento de 20% en el PVP</p> <p>Descuento de 20% en el PVP</p>	<p>No cubierto  No cubierto  No cubierto</p> <p>No cubierto  No cubierto  No cubierto</p> <p>No cubierto  No cubierto</p> <p>No cubierto  No cubierto  No cubierto</p> <p>No cubierto</p>
<p><b>Lentes de contacto</b>  <i>(El beneficio para lentes de contacto solamente incluye materiales)</i>  Convencionales</p> <p>Descartables</p> <p>Necesarias por razones médicas</p>	<p>Copago \$0; beneficio de \$150, descuento de 15% en el saldo que excede \$150</p> <p>Copago \$0; beneficio de \$150, más el saldo que excede \$150</p> <p>Copago \$0, pagado en su totalidad</p>	<p>\$120</p> <p>\$120</p> <p>\$200</p>
<p><b>Corrección de visión por láser</b>  LASIK o PRK de U.S. Laser Network</p>	<p>Descuento de 15% en el PVP o 5% en el precio promocional</p>	<p>No cubierto</p>
<p><b>Amplifon Hearing Health Care</b></p>	<p>Servicios de salud auditiva de la red <i>Amplifon Hearing Health Care Network</i>. Los miembros reciben un descuento de 40% en los exámenes de audición y una garantía de precio bajo en audífonos con descuento</p>	<p>No cubierto</p>
<p><b>Beneficio de pares adicionales</b></p>	<p>Los miembros también reciben un descuento de 40% en la compra de pares completas de lentes con receta y un descuento de 15% en lentes de contacto convencionales una vez que se haya aplicado el beneficio completo</p>	<p>No cubierto</p>
<p><b>Frecuencia</b>  Examen  Lentes o lentes de contacto  Montura</p>	<p>Una vez cada 12 meses  Una vez cada 12 meses  Una vez cada 12 meses</p>	

\*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 20% de descuento en artículos no cubiertos por el plan, que no se puede combinar con otros descuentos u ofertas promocionales. El descuento no se aplica a los servicios profesionales ni a las lentes de contacto del proveedor EyeMed. Los miembros también reciben un descuento del 15% en el precio de venta al público 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, las 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](http://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 AZ.

**Exclusiones del plan:**

1) Entrenamiento de la visión ortóptica, ayudas para la visión subnormales y cualquier examen suplementaria asociada; lentes aniseicónicas; 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, 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 imponga 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 están 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:**

<b>Servicios de Atención a la Diabetes</b>	<b>Costo al Miembro</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Reembolso fuera de la Red</b>
<b>Visita de servicio en el consultorio</b> <i>(Examen de seguimiento médico)</i> Diabéticos tipo 1 y tipo 2	Cubierto 100% copago de \$0	Hasta 2 servicios por año de beneficios	\$77
<b>Fotografía del fondo del ojo**</b> Diabéticos tipo 1 y tipo 2	Cubierto 100% copago de \$0	Hasta 2 servicios por año de beneficios	\$50
<b>Oftalmoscopia extendida**</b> Diabéticos tipo 1 y tipo 2	Cubierto 100% copago de \$0	Hasta 2 servicios por año de beneficios	\$15
<b>Gonioscopia</b> Diabéticos tipo 1 y tipo 2	Cubierto 100% copago de \$0	Hasta 2 servicios por año de beneficios	\$15
<b>Escaneo con láser</b> Diabéticos tipo 1 y tipo 2	Cubierto 100% copago de \$0	Hasta 2 servicios por año de beneficios	\$33

\*\*No está cubierto si se realiza la oftalmoscopia extendida dentro de 6 meses.

**Definiciones:**

**Visita de servicio en el consultorio (examen de seguimiento médico)** es la visita al consultorio para la evaluación y gestión de servicios 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 sobre 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 glaucoma o 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 post-operatorio.
- 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.