



# BENEFIT SUMMARY

Your vision is an important part of your overall good health. Here's a plan to help you give your eyes the care they deserve.

# Vision 490

The PacifiCare SignatureOptions (PPO) Vision 490 Plan.

**CALIFORNIA**

## Vision care made easy.

When we receive your enrollment form, we'll send you a vision ID card and a claim form. A list of participating providers is available online at [www.pacificare-vision.com](http://www.pacificare-vision.com). Or call member service at 1-800-228-3384 to find a participating provider near you. Additional claim forms are available online.

Just choose your vision provider and make an appointment. The provider will verify your eligibility. Be sure to take your claim form with you.

If you visit a participating provider, leave your claim form with the provider and it will be filed for you. If you visit a non-participating provider, make sure the provider completes the claim form; then you send it to the address printed on the form.

The Schedule of Benefits below is a part of the Certificate of Coverage. Please keep this sheet with the Certificate of Coverage booklet. Please see Certificate of Coverage booklet for plan details.

## Vision care made affordable.

The Schedule of Benefits listed below describes your different options. As you can see, if you choose a participating provider, you can get your eye exam and lenses at no charge after deductible. Frame choice is up to you, and any additional charges for designer frames and lens options are noted.

## Visit any provider in your state.

Choose a participating provider for the greatest savings, or choose a provider outside our network. Our large network of providers means there's one conveniently located near you. Or if you prefer a participating provider for your eye exam and a non-participating provider for eyewear selection (or vice versa), you're still covered.

| Schedule of Benefits  | PARTICIPATING PROVIDER  | NON-PARTICIPATING PROVIDER  |
|---|---|---|
| Limiting Age for Dependent Children                         | until 19; or 25 if full-time student<br>(your plan may vary; see Group Administrator for details)   | until 19; or 25 if full-time student<br>(your plan may vary; see Group Administrator for details)   |
| <b>COMPREHENSIVE EYE EXAMINATION</b>                        | <b>One exam during any 12-month period.</b>   | <b>One exam during any 12-month period.</b>   |
| Exam  | No Charge to Covered Person   | \$55 Covered Person Allowance   |
| <b>SPECTACLE LENSES</b>                                     | <b>One pair of any type lenses during any 12-month period if the examination indicates a prescription change; or every 24 months without a prescription change.<sup>1</sup></b> | <b>One pair of any type lenses during any 12-month period if the examination indicates a prescription change; or every 24 months without a prescription change.<sup>1</sup></b> |
| Single Vision   | No Charge to Covered Person   | \$35 Covered Person Allowance   |
| Bifocal   | No Charge to Covered Person   | \$50 Covered Person Allowance   |
| Trifocal  | No Charge to Covered Person   | \$75 Covered Person Allowance   |
| Lenticular (Aspheric SV and BF)                             | No Charge to Covered Person   | \$130 Covered Person Allowance  |
| <b>FRAMES</b>   | <b>One set of frames during any 24-month period.</b>  | <b>One set of frames during any 24-month period.</b>  |
| Retail Frames   | \$90 Covered Person Allowance   | \$50 Covered Person Allowance   |
| <b>CONTACT LENSES (Materials &amp; Fitting)<sup>2</sup></b> | <b>One pair of contact lenses during any 12-month period when provided in lieu of other eyewear.</b>  | <b>One pair of contact lenses during any 12-month period when provided in lieu of other eyewear.</b>  |
| Medically Necessary <sup>2</sup>                            | No Charge to Covered Person   | \$200 Covered Person Allowance  |
| For Cosmetic Purposes                                       | \$100 Covered Person Allowance  | \$90 Covered Person Allowance   |
| <b>LENS OPTIONS</b>   |   |   |
| Glass Tints, Solid Color: Pink or Rose #1 or #2             | No Charge to Covered Person   | Member pays all costs above the plan lens allowance.  |
| All Other Lens Options                                      | 20% retail discount   | Member pays all costs above the plan lens allowance.  |
| <b>MATERIAL DEDUCTIBLE (Per Covered Person)</b>             | <b>\$10</b>   | <b>\$10</b>   |

<sup>1</sup> Prescription Change means any of the following: (a) a change of 0.50 diopter or more in one eye, or total in both eyes; (b) a shift in axis or astigmatism of 15 degrees; or (c) a difference in prism correction greater than 1-degree prism diopter.

<sup>2</sup> All Charges for contact lens fitting, prescription and materials are applied toward the Covered Person's contact lens allowance. Contact lenses are considered Medically Necessary following cataract surgery; or when contact lenses are the only means to correct visual acuity to 20/40 for certain conditions of Keratoconus or Anisometropia; or for certain conditions of Myopia, Hyperopia or Astigmatism. A report from the provider and approval from Medical Eye Services is required.



## RESUMEN DE BENEFICIOS

Su vista es una parte integral de un buen estado de salud en general. Aquí le ofrecemos un plan para ayudarle a darles a sus ojos el cuidado que merecen. El Plan Vision 490 de PacifiCare SignatureOptions (PPO).

# Vision 490 CALIFORNIA

### Lentes para mejorar la vista fáciles de adquirir.

Cuando recibamos su formulario de inscripción, le enviaremos una credencial de identificación para el plan de la vista y un formulario de reclamos. Puede obtener la lista de proveedores participantes en línea en [www.pacificare-vision.com](http://www.pacificare-vision.com). También puede llamar al departamento de servicio al miembro al 1-800-228-3384 para encontrar un proveedor participante cercano a usted. Los formularios de reclamos adicionales se encuentran disponibles en línea.

Simplemente seleccione un proveedor de lentes y programe una cita. El proveedor entonces verificará su elegibilidad. Asegúrese de llevar a la cita el formulario de reclamos y su receta.

Si acude a un proveedor participante, entregue el formulario de reclamos a dicho proveedor. Él o ella se encargará de llenarlo por usted. Si acude a un proveedor no participante, asegúrese de que el

proveedor llene el formulario de reclamos. Usted debe entonces enviarlo a la dirección señalada en dicho formulario.

### Lentes rentables para mejorar la vista.

El Plan de Beneficios señalado a continuación describe las distintas opciones que dispone. Como puede ver, si selecciona a un proveedor participante, puede obtener lentes sin cargo alguno después de cumplir con el deducible. Usted puede elegir la montura. Los cargos adicionales por monturas de diseñadores y de distintas opciones de lentes aparecen señaladas.

### Acuda a cualquier proveedor en su estado.

Elija a un proveedor participante para ahorrar más dinero o elija a un proveedor fuera de la red. Nuestra extensa red de proveedores significa que hay uno en una ubicación práctica cerca de usted. Pero si tiene la mirada puesta en un par de anteojos en una localización que no forma parte de nuestra lista, aún estará cubierto.

El Plan de Beneficios a continuación forma parte del Certificado de Cobertura. Guarde esta hoja junto con el folleto del Certificado de Cobertura. Consulte el folleto del Certificado de Cobertura para obtener los detalles del plan.

| Plan de Beneficios  | PROVEEDOR PARTICIPANTE   | PROVEEDOR NO PARTICIPANTE  |
|---|--|--|
| Edad limitante para hijos dependientes                          | hasta los 19; ó 25 si es estudiante a tiempo completo (su plan puede variar; consulte el Administrador del Grupo para obtener los detalles)                                    | hasta los 19; ó 25 si es estudiante a tiempo completo (su plan puede variar; consulte el Administrador del Grupo para obtener los detalles)                                    |
| <b>EXAMEN DE LA VISTA INTEGRAL</b>                              | <b>Un examen durante cualquier período de 12 meses.</b>  | <b>Un examen durante cualquier período de 12 meses.</b>  |
| Examen  | Sin cargo para la Persona Cubierta   | Concesión de \$55 para la Persona Cubierta   |
| <b>LENTES DE ANTEOJOS</b>                                       | <b>Un par de cualquier tipo de lente por cualquier período de 12 meses si el examen indica un cambio en la receta; o cada 24 meses sin un cambio en la receta.<sup>1</sup></b> | <b>Un par de cualquier tipo de lente por cualquier período de 12 meses si el examen indica un cambio en la receta; o cada 24 meses sin un cambio en la receta.<sup>1</sup></b> |
| Monofocal   | Sin cargo para la Persona Cubierta   | Concesión de \$35 para la Persona Cubierta   |
| Bifocal   | Sin cargo para la Persona Cubierta   | Concesión de \$50 para la Persona Cubierta   |
| Trifocal  | Sin cargo para la Persona Cubierta   | Concesión de \$75 para la Persona Cubierta   |
| Lenticular (monofocal y bifocal)                                | Sin cargo para la Persona Cubierta   | Concesión de \$130 para la Persona Cubierta  |
| <b>MONTURAS</b>   | <b>Una montura durante cualquier período de 24 meses.</b>  | <b>Una montura durante cualquier período de 24 meses.</b>  |
| Monturas al por menor   | Concesión de \$90 para la Persona Cubierta   | Concesión de \$50 para la Persona Cubierta   |
| <b>LENTES DE CONTACTO (Materiales y adaptación)<sup>2</sup></b> | <b>Un par de lentes de contacto durante cualquier período de 12 meses cuando se suministran sin otros lentes para mejorar la vista.</b>  | <b>Un par de lentes de contacto durante cualquier período de 12 meses cuando se suministran sin otros lentes para mejorar la vista.</b>  |
| Medicamento necesarios <sup>2</sup>                             | Sin cargo para la Persona Cubierta   | Concesión de \$200 para la Persona Cubierta  |
| Para fines cosméticos   | Concesión de \$100 para la Persona Cubierta  | Concesión de \$90 para la Persona Cubierta   |
| <b>OPCIONES DE LENTES</b>                                       |  |  |
| Vidrio teñido, color sólido; Rosa o rosa pálido núm. 1 o núm. 2 | Sin cargo para la Persona Cubierta   | El miembro paga todos los costos que superen la concesión otorgada por el plan para lentes   |
| Todas las demás opciones de lentes                              | Descuento al por menor de un 20%   | El miembro paga todos los costos que superen la concesión otorgada por el plan para lentes   |
| <b>DEDUCIBLE DE MATERIALES (Por Persona Cubierta)</b>           | <b>\$10</b>  | <b>\$10</b>  |

<sup>1</sup> Cambio en la receta significa cualquiera de las siguientes: (a) cambio de 0.50 dioptría o más en un ojo, o cambio total en ambos ojos; (b) desplazamiento del eje o astigmatismo de 15 grados; o (c) diferencia en la corrección prismática mayor de 1 grado de dioptría prismática.

<sup>2</sup> Todos los cargos para los ajustes de lentes de contacto, la receta y los materiales se asignarán a la concesión de la Persona Cubierta para lentes de contacto. Los lentes de contacto se consideran médicamente necesarios tras una cirugía de catarata o cuando los lentes de contacto son el único medio para corregir la agudeza visual a 20/40 en ciertas afecciones de queratoconus o anisometropía o para ciertas afecciones de miopía, hiperopía o astigmatismo. El proveedor deberá presentar un informe y se deberá obtener aprobación por parte de los Servicios Médicos de la Vista.