

Group Health Benefit Handout
for
Employees and Dependents
Of

Hadley Date Gardens, Inc.

Group No: 1119

Provided By:
George Ekizian

Through:
Transwestern Insurance Administrators, Inc.

Folleto de Beneficios Salud
Por
Empleados y Dependientes
de

Hadley Date Gardens, Inc

No. de Grupo: 1119

Proporcionado Por:
George Ekizian

A Través de:
Transwestern Insurance Administrators, Inc.

Benefits	
Service	Stateside Plan
Annual Deductible	
Per Person	\$300
Per Family	\$600
Percentage Payable	75%
Professional Services	Services must be provided by Providers within the PHCS Network
Office visit	\$25 co-pay (Maximum of 10 office visits per calendar year)
Specialist Office Visit	\$25 co-pay (Maximums are combined with office visits – 10 visits per calendar year)
Additional Services/Lab & X-ray in office	20% - member Plan pays 80%
Preventative Services - Child & Adult	100%
Outpatient Lab & X-Ray*	Plan pays 75% (3 procedures/tests per calendar year)
Specialty Testing/Scans*	130% of Medicare Pricing (Procedures/tests are combined with Lab & X-Ray – 3 per calendar year)
Outpatient Services Facility*	75% after Deductible (1 per calendar year)
Outpatient Services Physician*	75% after Deductible (1 per calendar year)
Emergency Services	
Emergency Room	\$250 co-pay 130% of Medicare Pricing (1 ER visit per calendar year)
Ambulance*	75% after Deductible (1 use per year)
Hospital Benefits	
Inpatient*	130% of Medicare Pricing (2 day inpatient stay maximum for calendar year)
Additional Outpatient Services	
Skilled Nursing*	75% - \$1,000 per calendar year maximum
Chiropractic Services*	\$25.00 per visit – Maximum of 10 visits per calendar year
Acupuncture Services*	\$25.00 per visit – Maximum of 10 visits per calendar year
Rehabilitation Services (Physical, Speech & Occupational Therapy)*	\$50 per visit – Maximum of 10 visits per calendar year
Mental Outpatient	\$25 co-pay; 10 visits per year
Substance Abuse Outpatient	75% - 10 visits calendar year max
Prescriptions	
Generic	\$15 co-pay
Brand Formulary (only if generic drug is not available)	\$25 co-pay (8 per calendar year maximum – Formulary and non-Formulary combined)
Brand Non-Formulary	\$40 co-pay (8 per calendar year maximum – Formulary and non-Formulary combined)
Specialty Medication	Not Covered

***Subject to deductible**

Beneficios	
Servicios	Plan en Estados Unidos
Deducible Anual	
Por Persona	\$300
Por Familia	\$600
Porcentaje Pagable	75%
Servicios Profesionales	Los servicios deben ser hechos dentro de la red de PHCS.
Visita a la Oficina	\$25 copago (Máximo de 10 visitas a la oficina por año calendario)
Visita a la oficina del Especialista	\$25 copago (Máximos son combinados con visitas a la oficina – 10 visitas por año calendario)
Servicios Adicional/Laboratorio y Radiografías en la oficina	20% - miembro El plan paga 80%
Servicios Preventivos – Niños y Adultos	100%
Paciente Externo – Laboratorio y Radiografías*	El plan paga 75% (3 procedimientos/pruebas por año calendario)
Pruebas Especializadas/Tomografías*	130% de Precio de Medicare (Procedimientos/pruebas son combinados con del laboratorio – 3 por año calendario)
Servicios de Institución para Paciente Externo*	75% después del deducible (1 por año calendario)
Servicios de Medico para Paciente Externo*	75% después del deducible (1 por año calendario)
Servicios de Emergencia	
Cuarto de Emergencia	\$250 copago 130% de Precio de Medicare (1 visitas por año calendario)
Ambulancia*	75% después del deducible (1 uso por año)
Beneficios de Hospital	
Paciente Internado*	130% de Precio de Medicare (2 días máximo por año calendario)
Servicios Adicionales para Paciente Externo	
Enfermería Especializada*	75% - \$1,000 por año calendario máximo
Servicios de Quiropráctico*	\$25.00 por visita – Máximo de 10 visitas por año calendario
Servicios de Acupuntura*	\$25.00 por visita – Máximo de 10 visitas por año calendario
Servicios de Rehabilitación (Físico, Habla y Terapia Ocupacional)*	\$50 por visita – Máximo de 10 visitas por año calendario
Paciente Externo Mental	\$25 copago; 10 visitas por ano
Abuso de Substancias Paciente Externo	75% - Máximo de 10 visitas por año calendario
Dental y Visión Pediátrico	Beneficios Requeridos por ACA
Prescripciones	
Genérico	\$15 copago
Marca Formulario (solo si el medicamento genérico no está disponible)	\$25 copago (8 por año calendario máximo – Formulario y No-Formulario)
Marca No-Formulario	\$40 No-Formulario (8 por año calendario máximo – Formulario y No-Formulario)
Medicamento Especial	No es cubierto

***Sujeto al Deducible**

	Mexico Benefits
	Services must be performed at Hospital San Andres. A reciprocal agreement is in place with Hospital Almater for the services not provided by Hospital San Andres.
Annual Deductible	
Per Person	\$500.00
Per Family	\$1,000.00
Maximum out of pocket	\$6,350.00
Emergency Services	
Emergency Room	\$150 co-pay, Plan pays 80%
Ambulance	\$150 co-pay, Plan pays 80%
Hospital Benefits	
Inpatient*	Plan pays 80%
Inpatient Professional Services*	Plan pays 80%
Maternity & Newborn Care 48 hours following a vaginal delivery 96 hours following a cesarean delivery	Same as any other illness
Mental Inpatient	Not Covered
Professional Services	
Medical Treatment (Office)	\$10 co-pay
Specialist (Office)	\$20 co-pay
Urgent Care Facility/Service	\$20 co-pay
Preventative Services – Child & Adult	100%
Outpatient Lab & X-Ray	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
MRI/PET/CT Scan	\$50 co-pay, Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Outpatient Services	
Outpatient Surgeon Benefits*	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Outpatient Surgical Facility*	\$150 co-pay, Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Anesthesiologist*	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Additional Outpatient Services	
Skilled Nursing	Not Covered
Chiropractic/Acupuncture Services	Not Covered
Physical/Occupational Services – Medical Necessity	Not Covered
Mental Outpatient/Substance Abuse Outpatient	Not Covered
Durable Medical Equipment (\$2,500 per benefit period)	Plan pays 80% of Maximum Allowable Charge
Prescriptions	
Generic	\$10.00 co-pay
Brand Formulary	\$50.00 co-pay
Brand Non-Formulary	Not Covered
Specialty	Not Covered

***Subject to deductible**

	Beneficios de México
	Los Servicios deben llevarse a cabo en el Hospital San Andrés o en el Hospital Almater
Deducible Anual	
Por Persona	\$500.00
Por Familia	\$1,000.00
Límite de gastos de su bolsillo	\$6,350.00
Servicios de Emergencia	
Cuarto de Emergencia	\$150 de copago El plan paga 80%
Ambulancia	\$150 de copago El plan paga 80%
Beneficios de Hospital	
Paciente Internado*	El plan paga 80% de lo permitido
Servicios profesionales para paciente internado*	El plan paga 80% de lo permitido
Cuidado de Prenatal y postnatal 48 horas después de un parto vaginal 96 horas después de un parto de Cesárea	Igual que cualquier otra enfermedad
Paciente Internado Mental	No es cubierto
Servicios Profesionales	
Visita a la Oficina	\$10 copago
Visita a la oficina del Especialista	\$20 copago
Centro de Atención de Servicio/Urgente	\$20 copago
Servicios Preventivos – Niños y Adultos	100%
Paciente Externo – Laboratorio y Radiografías	El plan paga 80% de lo permitido
Pruebas Especializadas/Tomografías	\$50 copago, El plan paga 80% de lo permitido
Servicios para Paciente Externo	
Servicios de Medico para Paciente Externo*	El plan paga 80% de lo permitido
Servicios de Institución para Paciente Externo*	\$150 copago, El plan paga 80% de lo permitido
Anestesiólogo*	El plan paga 80% de lo permitido
Servicios Adicionales para Paciente Externo	
Enfermería Especializada	No es cubierto
Servicios de Quiropráctico/Acupuntura	No es cubierto
Servicios de Rehabilitación (Físico, Habla y Terapia Ocupacional)	No es cubierto
Paciente Externo Mental/Abuso de Substancias	No es cubierto
Equipo médico durable (\$2,500 por el periodo del beneficio)	El plan paga 80% de lo permitido
Prescripciones	
Genérico	\$10 copago
Marca Formulario	\$50 copago
Marca No-Formulario	No es cubierto
Medicamento Especial	No es cubierto

*Sujeto al Deducible

USA - VISION CARE BENEFITS

Deductible - per Covered Individual per Calendar Year.....	\$	20.00
Examination - every 12 months.....	\$	40.00
Frames - every 24 months.....	\$	45.00
Lenses - every 12 months.....	Per Pair	
Single Vision.....	\$	30.00
Bifocals.....	\$	50.00
Trifocals.....	\$	65.00
Lenticular.....	\$	125.00
Contacts - every 12 months		
Medically Necessary.....	\$	250.00
Cosmetic.....	\$	130.00

MEXICO PANEL - VISION CARE BENEFITS

Examination - every 12 month.....	\$15.00
Frames - every 12 months.....	\$20.00
Lenses - every 12 months.....	Per Pair
Single Vision.....	\$20.00
Bifocals.....	\$35.00
Trifocals.....	\$45.00
Lenticular.....	\$50.00

LIFE INSURANCE

TYPE OF COVERAGE	BENEFIT
Employee Life	\$5,000.00
Benefits reduce 65% at age 65; 45% at age 70; 30% at age 75; and 10% at age 90. Terminates at retirement.	
Accidental Death & Dismemberment – Employee Only	
Maximum Employee Benefit.....	\$5,000.00
Spouse	\$2,500.00
Spouse Insurance terminates at age 70.	
Children	
Six months and older.....	\$2,500.00
14 days to less than six months.....	\$2,500.00
Less than 14 days.....	\$2,500.00

BENEFICIOS DE VISION – ESTADOS UNIDOS

Deducible – por persona cubierta por año calendario	\$	20.00
Examen – Cada 12 meses.....	\$	40.00
Arós – Cada 24 meses	\$	45.00
Lentes – Cada 12 meses		Por Par
Vision Singular	\$	30.00
Bifocal.....	\$	50.00
Trifocal.....	\$	65.00
Lenticular	\$	125.00
Lente de Contactos – Cada 12 meses		
Medicamento Necesarios	\$	250.00
Cosmetico..	\$	130.00

BENEFICIOS DE VISION – EN MEXICO

Examen - cada 12 meses	\$	15.00
Aros – cada 12 meses	\$	20.00
Lentes - cada 12 meses		Por Par
Vision Singular	\$	20.00
Bifocals	\$	35.00
Trifocals	\$	45.00
Lenticular	\$	50.00

SEGURO DE VIDA

TIPO DE COBERTURA

BENEFICIO

Empleados\$5,000.00

Beneficios reducen 65% a edad 65; 45% a edad 70; 30% a edad 75; and 10% a edad 90.

Termina en la jubilación.

Muerte Accidental y Desmembramiento – Sólo para Empleados

Beneficios Máximo del Empleado.....\$5,000.00

Esposa(o).....\$2,500.00

El seguro de la esposa(o) termina los 70 años.

Hijos

Seis meses o más.....\$2,500.00

14 días a menos de seis meses.....\$2,500.00

Menos de 14 días.....\$2,500.00