

Group Benefit Program Information for
Información del programa de beneficios grupales para

Employees and Dependents
Empleados y Dependientes

Of
De

The Jewel Date Company, Inc

Group No: 2123
Location 0002

Provided By:
Proporcionado por:
Transwestern Insurance Administrators, Inc.

MEXICO PANEL SCHEDULE OF BENEFITS

Mexicali, B.C., Mexico
San Luis, R.C., Sonora Mexico
Tijuana, B.C., Mexico

***Services must be provided by a Mexico Panel Provider. Services received from a non-participating doctor or facility will not be covered.**

Coinsurance..... 80%

Benefits:	Co-pay	*Benefit Maximum
Doctor Office Visits	\$ 5.00	\$10.00
Specialist Office Visits (included in office visit-10 max)	\$ 10.00	\$10.00
<i>Combined Annual Maximum benefit</i>		
Laboratory and X-Ray – Per Calendar Year – 8 test maximum per year	20%	80%
Outpatient Hospital Charges/Emergency room – 2 surgery per calendar year	20%	80%
Outpatient Surgical Facility Fees – 2 Per Calendar year	20%	80%
<i>Family Planning</i>		
Consultation		100%
Tubal Ligation (No reversals)		100%
Vasectomy (No reversals)		100%
<i>Inpatient Care</i>		
Hospital Confinement of 18 hours or more – 4 inpatient day maximum	\$ 100.00	
Hospital Miscellaneous	20%	80%
* All scheduled surgeries require pre-authorization. Surgery for Hysterectomy, Hernia and Deviated Septum		
<i>Surgeon, Assistant Surgeon, Anesthesiologist</i>		
Surgeon, calendar year maximum-2 Surgery per Calendar year	20%	80%
Assistant Surgeon, calendar year maximum - 2 Surgery per Calendar year	20%	80%
Anesthesiologist, calendar year maximum - 2 Surgery per Calendar year	20%	80%
<i>Preventative Health Care</i>		
Consultation and Office Visit		100%
Mammogram		100%
Pap Test		100%
Prostate Test		100%
<i>Prescriptions:</i>		
Generic Drugs	\$ 10.00	
Brand Name Drugs only if generic is not available	\$ 20.00	
* Maximum benefit per Calendar year**		
* Drugs considered “Over the Counter” are not Covered under the Plan.		
* Generic drugs will be dispensed at all times except in the event that there is no Generic available, then the Brand name drugs will be dispensed. Maximum of 15 Medications per year.		

U.S. MEDICAL SCHEDULE OF BENEFITS

Benefits	MEC+ PLAN
Annual Deductible Per Person/Per Family	\$250/\$500
Maximum Out-of-Pocket	\$0
Percentage Payable	75%
Professional Services	Services must be provided by Providers within the Healthsmart Network
Physician office visits	\$10 co-pay then 100% of negotiated fee
Specialist office visit	\$40 co-pay then 100% of negotiated fee
Urgent Care	\$40 co-pay then 100% of negotiated fee
Procedures performed during an office/specialist visit	75% of Negotiated Fee
Lab & X-ray in office	75% after Deductible*
Lab & X-Ray Outpatient	
Complex Imaging – CAT, MRI, MRA/MRI & PET SCANS	Not Covered
Preventative Services - Child & Adult	100%
Outpatient Services	
Facility	Not Covered
Physician	Not Covered
Emergency Services	
Emergency Room – Facility and Physician	Not Covered
Ambulance	Not Covered
Hospital Benefits	
Facility	Not Covered
Physician	Not Covered
Mental Health	Not Covered
Substance Abuse	Not Covered
Additional Services	
Chemotherapy/Radiation Therapy	Not Covered
Skilled Nursing	Not Covered
Chiropractic/Acupuncture	Not Covered
Physical/Occupational/Speech	Not Covered
Mental Outpatient	Not Covered
Durable Medical Equipment	Not Covered
Sleep Disorder – Medically Necessary	Not covered
Substance Abuse Outpatient	Not Covered
Pediatric Dental & Vision	ACA Required Benefits
Prescriptions	
Generic	\$5.00 co-pay
Generic Preventative Medications Only	\$0 co-pay
Brand Formulary	\$20.00 co-pay
Brand Preventative Medications Only	\$0 co-pay
Brand Non-Formulary	\$40.00 co-pay
Specialty	Not Covered

CEDULA DE BENEFICIOS MEDICOS EN MEXICO

Mexicali, B.C., Mexico
San Luis, R.C., Sonora Mexico
Tijuana, B.C., Mexico

***Servicios deben ser recibidos de un doctor que es Participante del Panel de Mexico. Servicios que son recibidos de un doctor ó facilidad que no son Participantes del Panel de Mexico, no serán cubiertos.**

Co-Aseguranza..... \$ 80%

Beneficios:	Copago	*Beneficio Máximo
Visitas de oficina de doctor	\$5.00	\$10.00
Visitas con un especialista (Limite de 10 visitas, combinado con visitas de oficina)	\$10.00	\$10.00
Máximo Beneficio Por Año Combinado:		
Laboratorio y Rayos –X, por Año Calendario – Limite de 8 exámenes por año	20%	80%
Cargos por paciente no internado en el Hospital/Cuarto de Emergencie – 2 Cirugía por año calendario	20%	80%
Facilidad, de cirugía, de paciente no internado – 2 por año calendario	20%	80%
Planeo Familiar:		
Consultas		100%
Ligación de Tubos (no revisable)		100%
Vasectomía (no revisable)		100%
Paciente Internado:		
Paciente internado de 18 horas ó más – Limite de 4 días de paciente internado	\$100.00	
Servicios misceláneos de hospital	20%	80%
*Todo tipo de cirugía debe ser pre-autorizado. Cirugía para un Histerectomía, Hernia y septa desviado se necesitara una Segunda opinión		
Cirujano, Asistente al Cirujano, Anestesista		
Cirujano, limite por año calendario – 2 cirugía por año	20%	80%
Asistente al Cirujano- Limite por año calendario – 2 cirugía por año	20%	80%
Anestesista- Limite por año calendario – 2 cirugía por año	20%	80%
Cuidado Preventivo de Salud:		
Consultas y visitas de oficina		100%
Mamograma		100%
Exámenes de Papanicolaou		100%
Exámenes de la próstata		100%
Recetas Medicas:		
Medicamento Genérico	\$10.00	
Medicamento de Marca Solamente si genérico no es disponible	\$20.00	
Máximo beneficio por año calendario		
*Medicamentos considerados “Sobre el Mostrador” no son cubiertos bajo el plan.		
* Medicamento Genérico, será dispensado todo el tiempo, excepto en el evento de que no tengan el medicamento en Genérico, entonces le darán el medicamento de Marca. Límite de 15 medicamentos por año.		

CEDULA DE BENEFICIOS MEDICOS EN ESTADOS UNIDOS

Beneficios	MEC+ PLAN
Deducible Anual Por Persona/Por Familia	\$250/\$500
Límite de Gastos de su Bolsillo	\$0
Porcentaje Pagable	75%
Servicios Profesionales	Los servicios deben ser proporcionados por Proveedores dentro de la red de HealthSmart
Visitas al consultorio del medico	\$10 copago después 100% de la tarifa negociado
Visita a la oficina del Especialista	\$40 copago después 100% de la tarifa negociado
Atención de Urgencias	\$40 copago después 100% de la tarifa negociado
Procedimientos realizados durante una vista a la oficina/especialista	75% de la tarifa negociado
Laboratorio y Rayos X en la oficina	75% después del deducible*
Laboratorio y Radiografías para Paciente Externo	
Imágenes Complejas – CAT, MRI, MRA/MRI & PET SCANS	No es cubierto
Servicios Preventivos – Niño y Adultos	100%
Servicios de Paciente Externo	
Instalaciones	No es cubierto
Tarifa de Medico	No es cubierto
Servicios de Emergencia	
Sala de Emergencias: Instalación y Medico	No es cubierto
Ambulancia	No es cubierto
Beneficios del Hospital	
Instalaciones	No es cubierto
Tarifa de Medico	No es cubierto
Salud Mental	No es cubierto
Abuso Sustancia	No es cubierto
Servicios Adicional	
Quimioterapia/Radioterapia	No es cubierto
Enfermería Especializada	No es cubierto
Quiropráctica/Acupuntura	No es cubierto
Física/Ocupacional/Discurso	No es cubierto
Paciente Externo Mental	No es cubierto
Equipo Medico Duradero	No es cubierto
Trastorno del Sueno – Medicamento Necesario	No es cubierto
Paciente Externo Abuso Sustancia	No es cubierto
Pediatría Dental y Visión	Beneficios requeridos por ACA
Medicamentos	
Genérico	\$5.00 copago
Medicamentos preventivos genéricos solamente	\$0 copago
Marca Formulario	\$20.00 copago
Medicamentos preventivos de marca solamente	\$0 copago
Marca No-Formulario	\$40.00 copago
Medicamentos de Especiales	No es cubierto