

Pasquinelli Produce Co
Dental Plan
Summary of Benefits
No network

Deductible Amount	Mexico	U.S.
Individual/Family	\$10/\$30	\$50/\$150
Preventative	100%	100%
Basic	80%	80%
Major	60%	60%
Annual Maximum	\$2,500 per Family Member	
Percentage Payable	Refers to the percentage of "Reasonable & Customary" as noted below	

Remember – This is an Open Network Plan, meaning you can obtain services from a Provider of Choice but claims will be paid as noted under Percentage Payable & per Plan Design.

Description	Percentage Payable	<u>Dental Expense Limitations</u>
Visits and Examinations.....	100%	Covered Expense for the following services is limited as shown below: Examinations and/or Prophylaxis – limited to 2 routine exams and 2 prophylaxes (with or without fluoride) in any 1 Calendar year. Topical Fluoride – limited to children under age 19. Only 1 treatment of topical fluoride is allowed in any 6 month period. Diagnostic X-rays – limited to 1 full mouth X-ray series in a 36-month period and 2 supplemental bitewings in any 12 consecutive months. Dentures or Dental Appliances – limited as follows: - Benefit payment for any denture or bridge includes all repair or adjustments within 6 months of the date of placement. - Services necessary to replace teeth extracted prior to your effective date under the Plan will be paid at 50% of the regular plan benefits.
X-Rays	100%	
Prophylaxis / Cleanings	100%	
Restorative Dentistry	80%	
Crowns	60%	
Endodontics	80%	
Periodontics	80%	
Dentures & Bridges	60%	
Extraction / Oral Surgery	80%	
General Anesthesia	80%	
Orthodontia	Not Covered	
<u>Pre-Existing Condition</u> A pre-existing dental condition is any planned "treatment program", which was proposed, or teeth which were missing prior to the date the person became eligible under the Plan. <u>Dental Benefits Extension</u> If your eligibility ends after a "treatment program" has begun for you or one of your eligible dependents, benefits will be extended for a maximum of 90 days to allow completion of any dental work which was part of that "treatment program" only. <u>Covered Dental Expense</u> Unless specifically excluded or limited by the Plan provisions, covered expense includes charges made by a: <u>Dentist</u> for diagnostic x-rays, cleanings, fluoride treatments for children under age 19, routine exams and emergency palliative treatment. <u>Dental Hygienist</u> for cleaning, if the hygienist is working under the supervision of a dentist. <u>Technician or Laboratory</u> for materials or X-rays ordered by a dentist as long as they do not duplicate charges for services billed by the dentist. Actual payment for covered expenses listed above is limited to customary & reasonable or contracted fees for the services performed, subject to any deductible, percentage payable and benefits maximums shown on the "schedule of dental plan benefits".		<u>Dental Expense Not Covered</u> The following services are not covered under the Dental Plan: - Services performed for correction of congenital malformations or solely for Cosmetic reasons. - Replacement of a bridge or denture within 5 years of the originals date of installation for any reason, including loss or theft, unless: - Necessary because of placement of a new opposing appliance; - Due to extraction of additional natural teeth; or, - The appliance, while in a patient's mouth was damaged beyond repair by an Accidental injury which occurred while covered by the Plan. - Replacement of any bridge or denture which is satisfactory or can be made satisfactory. - Any appliance or restoration, except full dentures, where the primary purpose is to change position of the teeth, stabilize teeth involved in periodontal or restore occlusion. - Duplicate dentures or appliance, dental implants, regardless of the diagnosis, or protective mouth guards. - Experimental procedures, training in plaque control or oral hygiene, or dietary instruction. - Charges for a patient's failure to keep a scheduled appointment or for completion of claim forms. - Orthodontic services, except space maintainers, regardless of the diagnosis. Nothing in this section of the plan affects coverage under any medical or vision care benefits included in your health package.

Please call your TWIA customer service department at (800) 221-8942 for further information.

Note: This outline is for use as a reference only and is a summary of available benefits. It is not a contract. All benefits referenced are subject to any applicable exclusions and/or limitations in your Transwestern Insurance Summary Benefits Description and member eligibility at the time services are rendered.

Pasquinelli Produce Co
Plan Dental
Resumen de los Beneficios (Red Abierto)

Cantidad del Deducible	Mexico	U.S.
Individual / Familia	\$10/\$30	\$50/\$150
Preventivo	100%	100%
Beneficios Basicos	80%	80%
Beneficios Mayores	60%	60%
Máximo Anual	\$2,500 por persona	
Porcentaje Pagable	Se Refiere al porcentaje de “Razonable y de Costumbre” anotado debajo	

Un Recordatorio – Este Plan es de Red Abierto, quiere decir que usted puede obtener los servicios del Proveedor al quien usted escoja, pero los reclamos serán pagados de acuerdo a los Porcentajes Pagables y el diseño del Plan anotado debajo.

Percentage Pagable		<u>Limitación de Gastos Dentales</u>
Descripción		
Visitas y Exámenes.....	100%	Gastos cubiertos para los siguientes servicios es limitado anotado debajo: Examen y/o Profiláctica – límite de 2 exámenes rutinarios y 2 profilacticas(con o sin fluoruro) por año calendario. Fluoruro Tópico – limitado a niños menores de 19 años de edad. Solamente 1 tratamiento de fluoruro tópico es permitido en cualquier periodo de 6 meses. Rayos X's Diagnósticos – límite de 1 serie de radiografías de la boca completa en un periodo de 36 meses y 2 aletas de mordedura suplemental en cualquier 12 meses consecutivos. Dentadura Postiza/Aparatos Dentales – limitado como sigue: - Pago de beneficio para cualquier dentadura postiza o puente incluye todas las reparaciones o ajustes dentro de 6 meses de la fecha de colocación. - Servicios necesarios para reemplazar dientes extraídos antes de la fecha de su vigencia bajo el Plan serán pagados al 50% de lo regular del plan de beneficios.
Rayos X's	100%	
Limpieza y Profiláctica	100%	
Restauración de Dentadura	80%	
Coronas	60%	
Endodoncia	80%	
Periodoncia	80%	
Puentes y Dentadura Postiza ...	60%	
Cirujía Oral y Extracción	80%	
Anestesia General	80%	
Ortodoncia	No es Cubierto	
Condición de Pre-existencia Una Condición de Pre-existencia es cualquier “programa de tratamiento” planeado, que fue propuesto, o dientes que faltan antes de la fecha en que la persona es cubierta bajo el Plan. Extensión de Beneficios Dentales Si su elegibilidad termina después de que empieza usted o alguno de sus dependientes elegibles un “programa de tratamiento” los beneficios serán extendidos por un máximo de 90 días para permitir la terminación de cualquier trabajo dental que es parte del “programa de tratamiento” solamente. Gastos de Dental Cubiertos Al menos que sean específicamente excluidos o limitados por las provisiones del Plan, gasto cubiertos incluye cargos hechos por un: Dentista para rayos x's diagnosticos, limpieza, tratamiento de fluoruro para niños menor de 19, examen rutinario, y tratamiento de emergencia paliativo. Higienista Dental para limpieza, si el higienista trabaja bajo la supervisión de un dentista. Laboratorio o Técnico para materiales ú rayos x's ordenados por un dentista siempre y cuando no sean cobros duplicados de los servicios cobrados por el dentista. Los pagos actuales de los cargos cubiertos anotados arriba son limitados a tarifas contratadas y a lo razonable y de costumbre de las tarifas por los servicios proporcionados, sujetos a cualquier deducible, porcentaje pagable y el máximo del beneficio anotados en la “cedula del plan de beneficios dentales”.		Servicios Dentales que No son Cubiertos Los siguientes servicios no son cubiertos bajo el Plan Dental: - Servicios hechos para corregir una malformación congénita o por una razón cosmética. - Reemplazo de un Puente o dentadura postiza dentro de 5 años de la fecha original de la instalación por cualquier razón, incluye robo y perdida, al menos: - Necesario por la instalación de un aparato contrario nuevo; - Debido a la extracción de dientes naturales adicionales; ú, - El aparato, al estar en la boca del paciente es dañada mas alla de una reparación por una lastimadura Accidental, que ocurrió al estar cubierto por el Plan. - El reemplazo de cualquier Puente o dentadura postiza que es satisfactoria o que puede hacerse satisfactoria. - Cualquier aparato o restauración, excepto total dentadura postiza, donde el propósito primario es de cambiar la posición de los dientes, estabilizar los dientes involucrados en oclusión periodontal o restaurar. - Dentadura postiza duplicada o aparatos, implantes dentales, independientemente del diagnostico, o guardia de boca. - Procedimientos experimentales, entrenamiento en el control de placa, o higiene oral, o instrucciones dietéticas. - Costos por la falta del paciente de mantener la cita o por completar formas de reclamos. - Servicios de Ortodoncia, excepto aparato que mantiene el espacio, independientemente del diagnostico. Nada bajo esta sección del plan afecta su cobertura bajo cualquier beneficio medico o de visión incluido en su paquete de beneficios de salud.

Por favor llame al departamento de servicio al cliente al (800) 221-8942 para mas información.

Nota: Esta información es para usarla como referencia solamente y es una descripción de los beneficios disponibles. No es un contrato. Todos los beneficios anotados son sujetos a cualquier exclusión que aplica y/o limitaciones en la descripción del Sumario de Beneficios de Transwestern Insurance y la elegibilidad del participante al tiempo que los servicios sean proporcionados.