

**Pasquinelli Produce Co 2019– MEC Plus & Mexico
Dental & Vision Benefits Included**

	Mexicali, B.C., Mexico San Luis, R.C., Sonora Mexico Tijuana, B.C., Mexico	Stateside MEC Plus Plan
Annual Deductible		
Per Person	N/A	N/A
Per Family	N/A	N/A
Maximum out of pocket	N/A	N/A
Coinsurance	80%	80%
Network	Mexico Panel	N/A
Emergency Services		
Emergency Room	Plan pays 80%	Not Covered
Ambulance	Plan pays 80%	Not Covered
Hospital Benefits		
Inpatient	\$100 co-pay, Plan pays 80% of allowed	Not Covered
Inpatient Professional Services	Plan pays 80% of allowed	Not Covered
Maternity & Newborn Care 48 hours following a vaginal delivery 96 hours following a cesarean delivery	Same as any other illness	Not Covered
Mental Inpatient	Not Covered	Not Covered
Professional Services		
Medical Treatment (Office)	\$10 co-pay	\$20 co-pay Plan pays 100% 3 visit maximum
Specialist (Office) Benefit includes lab & x-ray in office	\$20 co-pay	\$40 co-pay Plan pays 100% 3 visit maximum
Urgent Care Facility/Service	\$20 co-pay	\$50 co-pay Plan pays 100% 3 visit maximum
Preventative Services – Child & Adult	100%	100%
Outpatient Lab & X-Ray	Plan pays 80% of allowed	Plan pays 80% of allowed 3 visit maximum
MRI/PET/CT Scan Free Standing Facility Only	Plan pays 80% of allowed	Plan pays 80% of allowed 1 test maximum
Outpatient Services		
Outpatient Surgeon Benefits	Plan pays 80% of allowed	Not Covered
Outpatient Surgical Facility	Plan pays 80% of allowed	Not Covered
Anesthesiologist	Plan pays 80% of allowed	Not Covered
Additional Outpatient Services		
Skilled Nursing	Not Covered	Not Covered
Chiropractic/Acupuncture Services	Not Covered	Not Covered
Physical/Occupational Services (Medical Necessity)	Not Covered	Not Covered
Rehabilitation Services	Not Covered	Not Covered
Mental Outpatient	Not Covered	Not Covered
Substance Abuse Outpatient	Not Covered	Not Covered
Durable Medical Equipment	Not Covered	Not Covered
Pediatric Dental & Vision - ACA	Not Covered	100%
Mexico Panel		Included
Prescriptions: IPM		
Generic	\$10.00 co-pay	\$5.00 co-pay (5 Rx Max)
Brand Formulary	\$20.00 co-pay	\$30.00 co-pay (5 Rx Max)
Brand Non-Formulary	\$30.00 co-pay	Not Covered
Specialty	Not Covered	Not Covered
Dental & Vision	Included	Included

Note: No Out of Network Benefits in Mexico.

Exclusions: Abortion, Transgender Surgeries, Vasectomies, Contraceptives (excluding ACA mandated medications)

Pasquinelli Produce Co 2019 – Plan 1: MEC Plus & México
Incluye Dental y Visión

	Mexicali, B.C., Mexico San Luis, R.C., Sonora Mexico Tijuana, B.C., Mexico	Estados Unidos MEC Plus Plan
Deducible Anual		
Por Persona	N/A	N/A
Por Familia	N/A	N/A
Máximo de su bolsillo	N/A	N/A
Coseguro	80%	80%
La Red	Mexico Panel	N/A
Servicios de Emergencia		
Sala de Emergencias	El plan paga el 80% de lo permitido	No es cubierto
Ambulancia	El plan paga el 80% de lo permitido	No es cubierto
Beneficios Hospitalarios		
Paciente Interno	\$100 copago, El plan paga el 80%	No es cubierto
Servicios Profesional para Paciente Interno	El plan paga el 80% de lo permitido	No es cubierto
Maternidad y Cuidado del recién nacido 48 horas después de un parto vaginal 96 horas después de una cesárea	Igual como cualquier otro enfermedad	No es cubierto
Paciente Interno Mental	No es cubierto	No es cubierto
Servicios Profesionales		
Tratamiento Médico (Oficina)	\$10 co-pago	\$20 co-pago El plan paga 100% 3 visitas máximas
Especialista (Oficina) Beneficios incluye laboratorio y rayos x en la oficina	\$20 co-pago	\$40 co-pago El plan paga 100% 3 visitas máximas
Facilidad/Servicio de cuidado urgente	\$20 co-pago	\$50 co-pago El plan paga 100% 3 visitas máximas
Servicios Preventivos – Niños y Adultos	100%	100%
Laboratorio y Radiografía de Paciente Externo	El plan paga el 80% de lo permitido	El Plan paga el 80% de lo permitido 3 visitas máximas
MRI/PET/CT escáner Tiene que realizarse en una facilidad independiente	El plan paga el 80% de lo permitido	El plan paga el 80% de lo permitido 1 prueba máxima
Servicios de Paciente Externo		
Beneficios de Paciente Externo de Cirujano	El plan paga el 80% de lo permitido	No es cubierto
Beneficios de Paciente Externo de Instalación Quirúrgica	El plan paga el 80% de lo permitido	No es cubierto
Anestesista	El plan paga el 80% de lo permitido	No es cubierto
Adicional Servicios de Paciente Externo		
Enfermería Especializada	No es cubierto	No es cubierto
Servicios Quiroprácticos/Acupuntura	No es cubierto	No es cubierto
Servicios Físicos/Ocupacionales Necesidad Médica	No es cubierto	No es cubierto
Servicios de Rehabilitación	No es cubierto	No es cubierto
Servicios de Paciente Externo de Mental/Abuso de Sustancias	No es cubierto	No es cubierto
El Abuso de Sustancias	No es cubierto	No es cubierto
Materiales de Médico Duradero	No es cubierto	No es cubierto
Pediatría Dental y Visión - ACA	No es cubierto	100%
Mexico Panel		Incluido
Medicamentos: IPM		
Genérico	\$10.00 co-pago	\$5.00 co-pago (5 Rx Max)
Medicamentos de Marca Formulario	\$20.00 co-pago	\$30.00 co-pago (5 Rx Max)
Medicamentos de Marca No-Formulario	\$30.00 co-pago	No es cubierto
Medicamentos de Especiales	No es cubierto	No es cubierto
Dental & Visión	Incluido	Incluido

Note: No Out of Network Benefits in Mexico.

Exclusions: Abortion, Transgender Surgeries, Vasectomies, Contraceptives (excluding ACA mandated medications)

Pasquinelli Produce Co 2019- Plan 2: PPO Buy Up & Mexico + Dental & Vision Benefits

	Stateside Buy Up Option In/Out of Network		Mexicali, B.C., Mexico San Luis, R.C., Sonora Mexico Tijuana, B.C., Mexico
Annual Deductible			
Per Person	\$1,500	\$1,500	N/A
Per Family	\$3,000	\$3,000	N/A
Maximum out of pocket	\$7,350/\$14,700	\$7,350/\$14,700	N/A
Coinsurance	In Network - 80%	Out of Network - 70% of 140% Medicare Allowed	
Network	PHCS	N/A	Mexico Panel
Professional Services			
Medical Treatment (Office)	\$20 co-pay	\$20 co-pay	\$10 co-pay
Specialist (Office) Benefit includes lab & x-ray in office	\$40 co-pay	\$40 co-pay	\$20 co-pay
Urgent Care Facility/Service	\$40 co-pay	\$40 co-pay	\$20 co-pay
Preventative Services – Child & Adult	100%	100%	100%
	Benefits Below are Subject to Deductible		
Outpatient Services	In-Network	Out-of-Network	
Outpatient Surgeon Benefits	80%	70% of medicare 140%	Plan pays 80% of allowed
Outpatient Lab & X-Ray	80%	70% of medicare 140%	Plan pays 80% of allowed
MRI/PET/CT Scan	80%	70% of medicare 140%	Plan pays 80% of allowed
Free Standing Facility Only			
Emergency Services			
Emergency Room	80%	70% of medicare 140%	Plan pays 80% of allowed
Ambulance	80%	70% of medicare 140%	Plan pays 80% of allowed
Hospital Benefits			
Inpatient*	80% of medicare 140%	70% of medicare 140%	\$100 co-pay, Plan pays 80% of allowed
Inpatient Professional Services*	80% of medicare 140%	70% of medicare 140%	Plan pays 80% of allowed
Maternity & Newborn Care* 48 hours following a vaginal delivery 96 hours following a cesarean delivery	80% of medicare 140%	70% of medicare 140%	Same as any other illness
Mental Inpatient*	80% of medicare 140%	70% of medicare 140%	Not Covered
Additional Outpatient Services			
Skilled Nursing	80%	70% of medicare 140%	Not Covered
Chiropractic/Acupuncture Services	80%	70% of medicare 140%	Not Covered
Physical/Occupational Services (Medical Necessity)	80%	70% of medicare 140%	Not Covered
Rehabilitation Services	80%	70% of medicare 140%	Not Covered
Mental Outpatient	80%	70% of medicare 140%	Not Covered
Substance Abuse Outpatient (12 visit maximum)	80%	70% of medicare 140%	Not Covered
Durable Medical Equipment	80%	70% of medicare 140%	Not Covered
Pediatric Dental & Vision - ACA	100%	100%	Not Covered
Mexico Panel	Included	Included	
Prescriptions: IPM			
Generic	\$10.00 co-pay	\$10.00 co-pay	\$10.00 co-pay
Brand Formulary	\$50.00 co-pay	\$50.00 co-pay	\$20.00 co-pay
Brand Non-Formulary	\$75.00 co-pay	\$75.00 co-pay	\$30.00 co-pay
Specialty	Not Covered	Not Covered	Not Covered
Dental & Vision	Included	Included	Included

***Benefit is to maximum of 140% of Medicare allowed – Buy Up Option In/Out of Network**

Exclusions: Abortions, Transgender Surgeries, Vasectomies, Contraceptives (excluding ACA mandated medications)

Pasquinelli Produce Co 2019 – Plan 2: PPO Buy Up & México + Dental y Visión

	Estados Unidos Dentro de la Red	Estados Unidos Fuera de la Red	Mexicali, B.C., Mexico San Luis, R.C., Sonora Mexico Tijuana, B.C., Mexico
Deducible Anual			
Por Persona	\$1,500	\$1,500	N/A
Por Familia	\$3,000	\$3,000	N/A
Máximo de su bolsillo	\$7,350/\$14,700	\$7,350/\$14,700	\$0.00
Coseguro	Dentro de la Red 80%	Fuera de la Red 70% de 140% Medicare permitido	
La Red	PHCS	N/A	Mexico Panel
Servicios Profesionales			
Tratamiento Médico (Oficina)	\$20 co-pago	\$20 co-pago	\$10 co-pago
Especialista (Oficina) Beneficios incluye laboratorio y rayos x en la oficina	\$40 co-pago	\$40 co-pago	\$20 co-pago
Facilidad/Servicio de cuidado urgente	\$40 co-pago	\$40 co-pago	\$20 co-pago
Servicios Preventivos – Niños y Adultos	100%	100%	100%
	Beneficios abajo son sujetos al deducible		
Servicios de Paciente Externo	Dentro de la Red	Fuera de la Red	
Beneficios de Paciente Externo de Cirujano	80%	70% de medicare 140%	El plan paga el 80% de lo permitido
Laboratorio y Radiografía de Paciente Externo	80%	70% de medicare 140%	El plan paga el 80% de lo permitido
MRI/PET/CT escáner Tiene que realizarse en una facilidad independiente	80%	70% de medicare 140%	El plan paga el 80% de lo permitido
Servicios de Emergencia			
Sala de Emergencias	80%	70% de medicare 140%	El plan paga el 80% de lo permitido
Ambulancia	80%	70% de medicare 140%	El plan paga el 80% de lo permitido
Beneficios Hospitalarios			
Paciente Interno*	80% de medicare 140%	70% de medicare 140%	\$100 copago, El plan paga el 80%
Servicios Profesional para Paciente Interno*	80% de medicare 140%	70% de medicare 140%	El plan paga el 80% de lo permitido
Maternidad y Cuidado del recién nacido* 48 horas después de un parto vaginal 96 horas después de una cesárea	80% de medicare 140%	70% de medicare 140%	Igual como cualquier otro enfermedad
Paciente Interno Mental*	80% de medicare 140%	70% de medicare 140%	No es cubierto
Adicional Servicios de Paciente Externo			
Enfermería Especializada	80%	70% de medicare 140%	No es cubierto
Servicios Quiroprácticos/Acupuntura	80%	70% de medicare 140%	No es cubierto
Servicios Físicos/Ocupacionales Necesidad Médica	80%	70% de medicare 140%	No es cubierto
Servicios de Rehabilitación	80%	70% de medicare 140%	No es cubierto
Servicios de Paciente Externo de Mental/Abuso de Sustancias	80%	70% de medicare 140%	No es cubierto
El Abuso de Sustancias (12 visitas máximas)	80%	70% de medicare 140%	No es cubierto
Materiales de Médico Duradero	80%	70% de medicare 140%	No es cubierto
Pediátrica Dental y Visión - ACA	100%	100%	No es cubierto
Mexico Panel	Incluido	Incluido	
Medicamentos: IPM			
Genérico	\$10.00 co-pago	\$10.00 co-pago	\$10.00 co-pago
Medicamentos de Marca Formulario	\$50.00 co-pago	\$50.00 co-pago	\$20.00 co-pago
Medicamentos de Marca No-Formulario	\$75.00 co-pago	\$75.00 co-pago	\$30.00 co-pago
Medicamentos de Especiales	No es cubierto	No es cubierto	No es cubierto
Dental y Visión	Incluido	Incluido	Incluido

***Beneficios son hasta el máximo de 140% de Medicare permitido – Plan avanzado solamente Dentro/Fuera de la Red**

Exclusiones: Aborto, Cirugías transgénero, vasectomías, anticonceptivos (excluyendo los medicamentos obligatorios de ACA)

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.

<u>Description</u>	<u>Percentage Payable</u>	<u>Dental Expense Limitations</u>
Visits and Examinations.....	100%	Covered Expense for the following services is limited as shown below: 1. Examinations and/or Prophylaxis – limited to 2 routine exams and 2 prophylaxes (with or without fluoride) in any 1 Calendar year. 2. Topical Fluoride – limited to children under age 19. Only 1 treatment of topical fluoride is allowed in any 6 month period. 3. 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. 4. Dentures or Dental Appliances – limited as follows: 1. Benefit payment for any denture or bridge includes all repair or adjustments within 6 months of the date of placement. 2. 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 Expense Not Covered</u> The following services are not covered under the Dental Plan: 1. Services performed for correction of congenital malformations or solely for Cosmetic reasons. 2. Replacement of a bridge or denture within 5 years of the originals date of installation for any reason, including loss or theft, unless: a) Necessary because of placement of a new opposing appliance; b) Due to extraction of additional natural teeth; or, c) The appliance, while in a patient’s mouth was damaged beyond repair by an Accidental injury which occurred while covered by the Plan. 3. Replacement of any bridge or denture which is satisfactory or can be made satisfactory. 4. 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. 5. Duplicate dentures or appliance, dental implants, regardless of the diagnosis, or protective mouth guards. 6. Experimental procedures, training in plaque control or oral hygiene, or dietary instruction. 7. Charges for a patient’s failure to keep a scheduled appointment or for completion of claim forms. 8. Orthodontic services, except space maintainers, regardless of the diagnosis.
<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:		Nothing in this section of the plan affects coverage under any medical or vision care benefits included in your health package.
<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”.		

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	
<u>Condición de Pre-existencia</u> 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. <u>Extensión de Beneficios Dentales</u> 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. <u>Gastos de Dental Cubiertos</u> Al menos que sean específicamente excluidos o limitados por las provisiones del Plan, gasto cubiertos incluye cargos hechos por un: <u>Dentista</u> para rayos x's diagnosticos, limpieza, tratamiento de fluoruro para niños menor de 19, examen rutinario, y tratamiento de emergencia paliativo. <u>Higienista Dental</u> para limpieza, si el higienista trabaja bajo la supervisión de un dentista. <u>Laboratorio o Técnico</u> 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”.		<u>Servicios Dentales que No son Cubiertos</u> 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.

Pasquinelli Produce Co
Vision Plan
Summary of Benefits
No Network

BENEFIT	DESCRIPTION	U.S. COPAY	Mexico COPAY
Well Vision Exam	- Focuses on your eyes and overall wellness - Every 12 months	\$10	\$5
Prescription Glasses		\$25	\$10
Frames	\$135 allowance for wide selection of frames \$150 allowance for featured frame brands 20% savings on the amount over your allowance \$70 Costco frame allowance - Every 24 months	Included in prescription Glasses	Included in prescription Glasses
Lenses	- Single vision, lined bifocal, and lined trifocal lenses - Polycarbonate lenses for dependent children - Every 12 months	Included in prescription Glasses	Included in prescription Glasses
Lens Enhancements	- Standard progressive lenses - Premium progressive lenses - Custom progressive lenses - Every 12 months	\$50 \$90 \$160	\$50 \$80 \$120
Contacts (Instead of glasses)	\$135 allowance for contacts; copays does not apply - Contact lens exam (fitting and evaluation) - Every 12 months	Up to \$60	Up to \$60
Extra Savings	Retinal Screening No more than \$39 copay on routine retinal screening as an enhancement to a WellVision Exam		
	Laser Vision Correction Average 15% off		

Coverage/Frequency	Stateside	Mexico
Prescription Frames/Contacts (Every 24 Months)	\$135.00 Allowance & 20% off Balance	\$135.00 Allowance & 20% off Balance
Examination (Every 12 Months)	\$10 co-pay	\$5 co-pay
Lenses (1 Pair/Every 12 Months)	\$25 co-pay	\$10 co-pay
Contact Fitting	\$60 Co-Pay	\$60 Co-Pay
Single Vision, Bifocal, Trifocal, Lenticular	Included	Included
Additional Benefit	LASIK Discounts & Lens Enhancement Discounts	LASIK Discounts & Lens Enhancement Discounts

This is an Open Network Plan, meaning you can obtain services from Provider of Choice but claims will be paid according to the above Benefits.

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 de Visión
Descripción de los Beneficios
No Network

BENEFICIO	DESCRIPCION	U.S. COPAGOS	Mexico COPAGOS
Examen del Bienestar de la Visión	- Enfocado en sus ojos y bienestar - Cada 12 meses	\$10	\$5
Gafas Graduadas		\$25	\$10
Gafas	- Asignación permitida de \$135 de una amplia selección de gafas - Asignación permitida de \$150 para gafas de marca - Un 20% de ahorro en la cantidad que sobre pase la asignación permitida - Asignación permitida de \$70 para gafas en la Costco - Cada 24 meses	Incluido con gafas de receta medica	Incluido con gafas de receta medica
Lentes	- Vision Singular, bifocal con línea, y lentes trifocals con línea. - Para niños que son dependientes lentes Policarbonato - Cada 12 meses	Incluido con gafas de receta medica	Incluido con gafas de receta medica
Mejoramiento de Lentes	- Lentes progresivos estándar - Lentes progresivos premium - Lentes progresivos personalizadas - Cada 12 meses	\$50 \$90 \$160	\$50 \$80 \$120
Lentes de Contacto (En vez de Gafas)	- Asignación permitida \$135 para contactos; el copago no aplica - Examen para lentes de contacto(Ajuste y Evaluación) - Cada 12 meses	Hasta \$60	Hasta \$60
Ahorros Adicionales	Chequeo de la Retina No mas de un copago de \$39 en un chequeo de rutina para la retina como un mejoramiento al Examen de Bienestar de la Vision.		
	Corrección de Visión Laser Promedio de 15% de descuento		

Cobertura/Frecuencia	USA	Mexico
Aros/Contactos (Cada 24 Meses)	\$135.00 Permitido y 20% del balance	\$135.00 Permitido y 20% del balance
Examen (Cada 12 Meses)	\$10 co-pago	\$5co-pago
Lentes (1 Par/Cada 12 Meses)	\$25 co-pago	\$10 co-pago
Ajuste de Contactos	\$60 Co-Pago	\$60 Co-Pago
Vision Singular, Bifocal, Trifocal, Lenticular	Incluido	Incluido
Beneficio Adicional	Descuento de LASIK y Descuento para mejora de lentes	Descuento de LASIK y Descuento para mejora de lentes

Este Plan es de Red Abierto, quiere decir que usted puede obtener los servicios con un Proveedor de su elección, pero los reclamos serán pagados de acuerdo a los beneficios arriba.

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.

Pasquinelli Produce Co Life Insurance

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; Terminates at retirement.	
Accidental Death & Dismemberment	
Maximum Employee Benefit	\$5,000.00

SEGURO DE VIDA

TIPO DE COBERTURA	BENEFICIO
Seguro de Vida para el Empleado Solamente	\$5,000.00
Beneficios reducen 65% a la edad de 65; 45% a los 70; 30% a los 75; Termina en la jubilación	
Muerte Accidental y Desmembramiento	
Máximo Beneficio para el Empleado	\$5,000.00