

WESTERN PREFERRED ADVANTAGE PLAN
Landscape H & W Fund - Effective Date: current

A. GENERAL FEATURES		
Calendar Year Deductible	\$150 Individual / \$300 Family	
Out of Pocket (per Calendar Year)	No Limit Excludes: Deductibles, Non-covered expenses, Co-payments, Prescription drug card services, Injectable medications or when Utilization Review requirements have not been met.	
Benefit Maximum	Unlimited	
Percentage Payable	80% (Participating Providers) / 60% (Non-Participating Providers).	
Participating Primary Care Provider	This would encompass General, Family, OB/GYN, Internist, and Pediatrician.	
Maternity Coverage	Participant or Spouse	
Pre-Existing Conditions	6 Months prior to coverage. Waived after 6 months continuous coverage under the plan. Pre-Existing conditions are waived for dependents under age 19.	
B. PAID HOSPITAL EXPENSES	Participating Provider (1) Subject to Deductible Unless Noted.	Non-Participating Provider (2) Subject to Deductible
A copayment equal to the Deductible is charged to you when a Non-participating Hospital is used.		
Inpatient/Outpatient Care ~ Includes Room & Board, Ancillary Charges	80% Negotiated Contract Rate (3)	60% of Reasonable & Customary
Intensive Care	80% Negotiated Contract Rate	60% of Reasonable & Customary to \$750 a day Maximum
Preadmission Testing ~ When testing is not done prior to admission, charges for confinement will be reduced by 1 day	80% Negotiated Contract Rate	60% of Reasonable & Customary
Outpatient Care ~ Emergency Room Participating & Non Participating Providers: \$100 Co-pay (copay waived if admitted to the Hospital or within 48 hours of an accident).	80% Negotiated Contract Rate	80% of Reasonable & Customary
Surgery Centers ~ Requires Pre-Authorization	80% Negotiated Contract Rate	60% of Reasonable & Customary
C. PROFESSIONAL SERVICES	Participating Provider Subject to Deductible Unless Noted.	Non-Participating Provider Subject to Deductible
Surgeon / Assistant Surgeon / Anesthesia/ Doctor Hospital Visit	80% Negotiated Contract Rate	80% of Reasonable & Customary
Doctor Visit (Office or Home) / Primary & Specialist	\$15 Copay, then 100% of Negotiated Contract Rate. Not Subject to Deductible.	80% of Reasonable & Customary
Injectables (Billed separately or as part of Office Visit)	Percentage Payable of Covered Expense.	Percentage Payable of Reasonable & Customary.
Allergy Injections and Allergy Testing dispensed in the Physicians Office.	\$15 Copay, then 100% of Negotiated Contract Rate.	Percentage Payable of Reasonable & Customary.
D. OTHER COVERED EXPENSE	Participating Provider Subject to Deductible Unless Noted.	Non-Participating Provider Subject to Deductible
Diagnostic X-Ray & Laboratory (DXL)	100% after office visit copay when billed by Primay Care Provider. Otherwise 80% of Negotiated Contract Rate.	80% of Reasonable & Customary
Cat Scans, MRI's, MRA'S, Bone Density, PET Scans	80% Negotiated Contract Rate	80% of Reasonable & Customary
Skilled Nursing (\$2,000 Calendar Year Maximum)	80% Negotiated Contract Rate	80% of Reasonable & Customary
Ambulance	80% Negotiated Contract Rate	80% of Reasonable & Customary
Durable Medical Equipment	80% Negotiated Contract Rate	80% of Reasonable & Customary
Orthotics (Medically necessary & Custom Made Only)	80% Negotiated Contract Rate	80% of Reasonable & Customary
Chemotherapy and Radiation Therapy	80% Negotiated Contract Rate	80% of Reasonable & Customary
Physical, Occupational, and Speech Therapy	80% Negotiated Contract Rate	80% of Reasonable & Customary
Home Health Care ~ Limited to 60 four hour days per Calendar Year.	80% Negotiated Contract Rate	80% of Reasonable & Customary
Chiropractic Care - Including X-Rays (X-Rays to \$75; Maximum \$500 Per Calendar Year)	Pays the Percentage Payable of Covered Expense	Pays the Percentage Payable of Covered Expense
Acupuncture (Pain Management Only)	80% Negotiated Contract Rate	80% of Reasonable & Customary
Routine Well Baby Care ~ Includes Initial Hospital Confinement, Nursery Care, Physician Visits, Circumcision	80% Negotiated Contract Rate	60% of Reasonable & Customary

WESTERN PREFERRED ADVANTAGE PLAN
Landscape H & W Fund - Effective Date: current

Routine Well Child Care (up to age 18) ~ Includes Office Visits, routine Lab Test, X-Rays, & Immunizations	Visits \$15 Copay, then 100% of Negotiated Contract Rate. DXL at the Participating Primary Care Provider 100% after Office Visit Copay	80% of Reasonable & Customary	
Routine Well Woman Care ~ Includes routine PAP smear, mammograms, & related Office Visits Routine Mammogram ~ Frequency Limits Ages 35-39 = 1 baseline test Ages 40-49 = 1 every two years Ages 50 and over = every year	Covered Expense payable as any other condition.	Covered Expense payable as any other condition.	
Severe Mental Illness Requires Pre-Authorization: Failure to obtain approval results in a reduction of benefits by 50%.	Payable as any Other Covered Expense	Payable as any Other Covered Expense.	
Serious Emotional Disturbances For a Dependent (Up to age 18) Subject to Section 10144.5 California Insurance Code.	Payable as any Other Covered Expense.	Payable as any Other Covered Expense.	
Infertility	After a separate \$500 deductible, plan pays \$2,000 Lifetime. Related drugs limited to \$3,000 Lifetime Maximum.		
E. UTILIZATION MANAGEMENT	PRE-AUTHORIZATION ~ BLUE CROSS OF CALIFORNIA (800) 274-7767		
Inpatient Admissions and Outpatient Surgery	Requires Pre-Admission review of at least 3 working days for non-emergency Hospital Admissions. Within 48 hours of admission for all other admissions. Failure to obtain approval results in 50% reduction in benefits.		
Outpatient Surgery and Surgery Centers	Requires prior authorization or an extra \$250 co-pay per occurrence.		
F. PRESCRIPTION DRUGS	Catamaran Service Center ~ (866) 632-8516		
Catamaran participating pharmacies only. Mandatory Generic Substitution. Maximum 30-day Supply Specialty Self Injection	Deductible: None Generic: \$10 Preferred Brand (Formulary): \$25 Non-Preferred Brand (Non-formulary): 40% with minimum of \$35 Specialty: 20% thru Catamaran		
Mail Order Program Maximum 90-day Supply	Catamaran Service Center ~ (866) 632-8516 Deductible: None Generic: \$20 Preferred Brand (Formulary): \$50		
Approved Maintenance Medication Only			
G. SPECIAL PROVISIONS	Participating Provider	Non-Participating Provider	
Mexico Panel Program: \$6 co-pay per Visit / \$5 co-pay per medication. Inpatient ~ \$65 co-pay per admission. Outpatient ~ \$25 co-pay per day. 15% co-pay on surgical services. X-ray/laboratory ~ \$5 co-pay per day	Must Utilize a Mexico Panel Provider in the Border Cities (Mexicali, San Luis, Tijuana, Nogales, Los Algodones)	Not a Covered Expense	
H. RIDERS			
Mental & Nervous Conditions ~ (Not including Severe Mental Illness)	Inpatient	80% Negotiated Contract Rate Without Pre-Authorization: 25% of Covered Expense.	60% of Scheduled Amount
	Outpatient	\$15 Copay, then 100% of Negotiated Contract Rate. Not Subject to Deductible.	60% of Scheduled Amount
Chemical Dependency / Substance Abuse Requires Pre-Authorization	Inpatient	80% Negotiated Contract Rate Without Pre-Authorization: 25% of Covered Expense.	60% of Scheduled Amount
	No Pre-Authorization	Outpatient	\$15 Copay, then 100% of Negotiated Contract Rate.



**WESTERN PREFERRED ADVANTAGE PLAN
Landscape H & W Fund - Effective Date: current**

Preventive	Not a Covered Benefit
Supplemental Accident	Not a Covered Expense
NurseLine	Not a Covered Expense

(1) Participating Provider: Health Care Providers who have a contract with Western Growers Assurance Trust to discount their fees. Your benefits will be greater and your out-of-pocket expenses less if you use these Participating Providers.

(2) Non-Participating Provider: Health Care Providers who do not have a contract with Western Growers Assurance Trust to discount their fees. Your benefits will be less and your out-of-pocket expenses more (perhaps significantly more) if you use Non-Participating Providers.

(3) Negotiated Contract Rate: The rate to be paid for certain specified treatment as agreed upon by Participating Providers and Western Growers Assurance Trust.

PLEASE CALL OUR WGAT CUSTOMER SERVICE DEPARTMENT AT (800) 777-7898 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 Western Growers Assurance Trust Summary Benefit Description and member eligibility at the time services are rendered.

By: sales

Version - March 2011

1/2/2013

WESTERN PREFERRED ADVANTAGE PLAN
Landscape H & W Fund - Efectivo: current

A. CARACTERISTICAS GENERALES		
Deducible por Año Calendario	\$150 Individual / \$300 Familia	
Desembolso máximo (por Año Calendario)	Sin Limite Excluye: los deducibles, los gastos no cubiertos, co-pagos, servicios de tarjetas de medicamentos recetados, los medicamentos inyectables, o cuando los requisitos de revisión de la utilización no se cumplen.	
Beneficio Máximo	Sin limite de por vida	
Porcentaje Pagadero	80% (Proveedor Participante) / 60% (Proveedor No-Participante).	
Proveedor Participante de Cuidados Primarios	Esto abarca Medicina General, Familiar, Interna, Obstetricia/Ginecología y Pediatría.	
Cobertura de Maternidad	Participante o Cónyuge	
Condiciones Pre-Existentes	6 meses previo a la cobertura. No aplica después de 6 meses de cobertura continua bajo el plan condiciones Pre-Existentes no aplican para dependientes de 19 años o menores.	
B. GASTOS DE HOSPITAL	Proveedor Participante (1) Sujeto a Deducible a menos que sea indicado	Proveedor No-Participante (2) sujeto a Deducible
Un co-pago igual al Deducible aplica cuando un Hospital No-Participante es utilizado.		
Paciente Interno / Cuidado Ambulatorio - Incluye Alojamiento, Cargos Auxiliares	80% de Cantidad Negociada Contratada (3)	60% de lo Usual y de costumbre
Cuidados Intensivos	80% de Cantidad Negociada Contratada	60% de lo Usual y de costumbre hasta \$750 máximo por día
Pruebas previas a la admisión ~ Cuando las pruebas de diagnóstico no se hagan previo a la admisión, cobros por la estadía se reducirán por un día	80% de Cantidad Negociada Contratada	60% de lo Usual y de costumbre
Cuidado Ambulatorio ~ Sala de Emergencias Proveedores Participantes y No-Participantes: \$100 Co-pago (co-pago no aplica si es admitido al hospital o dentro de 48 horas después de un accidente).	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de costumbre
Centros Quirúrgicos ~ Requiere Pre-Autorización	80% de Cantidad Negociada Contratada	60% de lo Usual y de costumbre
C. SERVICIOS PROFESIONALES	Proveedor Participante Sujeto a Deducible a menos que sea indicado	Proveedor No-Participante sujeto a Deducible
Cirujano / Asistente de Cirujano / Anestesia/ Consulta Médica de Hospital	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de costumbre
Consulta Médica (Oficina u Hogar) / Médico Primario & Especialista	\$15 Copago, después 100% de Cantidad Negociada Contratada. No Sujeto a Deducible.	80% de lo Usual y de costumbre
Inyecciones (Se cobra por separado o como parte de la consulta)	Porcentaje Pagadero de Usual y de Costumbre	Porcentaje Pagadero de Usual y de Costumbre
Inyecciones de Alergia y Exámenes de Alergia administrados en la consulta médica	\$15 Copago, después 100% de Cantidad Negociada Contratada	Porcentaje Pagadero de Usual y de Costumbre
D. OTROS GASTOS CUBIERTOS	Proveedor Participante Sujeto a Deducible a menos que sea indicado	Proveedor No-Participante sujeto a Deducible
Rayos X y Laboratorio para Diagnóstico (DXL)	100% después del Co-pago de consulta en servicios de Proveedor de Cuidado Primario, de otro modo 80% de Cantidad Negociada Contratada.	80% de lo Usual y de costumbre
Tomografías, Resonancias, Densidad de Huesos, Exámenes de Medicina	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de costumbre
Enfermería (\$2,000 Año Calendario)	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de costumbre
Ambulancia	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de costumbre
Equipo Médico Duradero	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de costumbre
Productos Ortopédicos (Medicamento necesarios y especialmente diseñados)	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de costumbre
Quimioterapia y Terapia de Radiación	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de costumbre
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de costumbre
Cuidado de Salud en el Hogar ~ Limitado a 60 días de cuatro horas diarias, por Año Calendario.	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de costumbre
Cuidado Quiropráctico - Incluye Rayos X (Rayos-X hasta \$75; Máximo \$500 Por Año Calendario)	Paga al Porcentaje Pagadero del Gasto Cubierto	Paga al Porcentaje Pagadero del Gasto Cubierto
Acupuntura (solo para manejo de Dolor)	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de costumbre
Cuidado Rutinario de Bienestar de Bebé - Incluye internamiento inicial, cunero, consultas y circuncisión	80% de Cantidad Negociada Contratada	60% de lo Usual y de costumbre

**WESTERN PREFERRED ADVANTAGE PLAN
Landscape H & W Fund - Efectivo: current**

Cuidado Rutinario de Bienestar Infantil (hasta los 18 años) ~ Incluye consultas, exámenes de laboratorio, rayos-x y vacunas.	Consultas \$15 Copago, después 100% of 100% de Cantidad Negociada Contratada. DXL con Proveedor Participante de Cuidados Primarios 100% después de Co-pago	80% de lo Usual y de costumbre
Cuidado Rutinario de Bienestar de la Mujer Incluye papanicolaou, mamografías y consultas. Mamografías Rutinarias ~ Limite de frecuencia Edad 35-39 = 1 examen para referencia Edad 40-49 = 1 cada dos años Edad 50 o mayor = 1 cada año	Gastos Cubiertos pagaderos como cualquier otra condición.	Gastos Cubiertos pagaderos como cualquier otra condición.
Enfermedad Mental Severa Requiere Pre-Autorización: No obtener autorización previa resulta en reducción de beneficios en un 50%	Pagadero como cualquier otro Gasto Cubierto	Pagadero como cualquier otro Gasto Cubierto
Perturbancias Emocionales Serias de un dependiente (hasta los 18 años). Sujeto al código de aseguranza, Sección 10144.5 de California.	Pagadero como cualquier otro Gasto Cubierto	Pagadero como cualquier otro Gasto Cubierto
Servicios de Esterilidad	Después de un Deducible separado de \$500, el plan paga \$2,000 por vida. Medicamentos relacionados limitados a un máximo de \$3,000 por vida.	
E. MANEJO DE UTILIZACION	PRE-AUTORIZACIÓN ~ BLUE CROSS DE CALIFORNIA (800) 274-7767	
Admisiones de Paciente Interno y Cirugía Ambulatoria Cirugía Ambulatoria y Centro Quirúrgico	Requiere examen Pre-Admisión por lo menos 3 días hábiles antes de la hospitalización para admisiones que no sean emergencia. En otras admisiones dentro de 48 horas de ser admitido al hospital. El no obtener autorización, resultara en la reducción de sus beneficios en un 50%. Requiere autorización previa o un co-pago adicional de \$250 por acontecimiento aplica.	
F. MEDICAMENTO PRESCRITO	Catamaran Service Center ~ (866) 632-8516	
Catamaran farmacias participantes solamente Obligatoria la sustitución Genérica Suministro máximo de 30 días Inyección subcutánea especiales	Deducible: Ninguno Genérico: \$10 Patente: \$25 No-Formulario: 40% con minimo de \$35 Medicamentos especiales: 20% por Catamaran	
Programa de Orden por Correo	Catamaran Service Center ~ (866) 632-8516	
Suministro máximo de 90 días Solo Medicamento de Control Aprobado	Deducible: Ninguno Genérico: \$20 Patente: \$50	
G. DISPOSICIONES ESPECIALES	Proveedor Participante	Proveedor No-Participante
Programa del Panel en México: \$6 co-pago por consulta / \$5 co-pago por medicamento. Paciente Interno ~ \$65 co-pago por admisión. Paciente Ambulatorio ~ \$25 co-pago por día. 15% co-pago en servicios de Cirugía. Rayos-X / laboratorio ~ \$5 co-pago por día	Deberá utilizar Proveedor Participante del Panel en México en ciudades contratadas (Mexicali, San Luis, Tijuana, Nogales, Los Algodones)	No es Gasto Cubierto
H. OPCIONES		
Condiciones Mentales/Nerviosas ~ Paciente Interno	80% de Cantidad Negociada Contratada. A no obtener autorización; 25% de Gasto Cubierto.	60% de la Cantidad de Escala.
	\$15 Copago, después 100% de Cantidad Negociada Contratada. No Sujeto a Deducible.	60% de la Cantidad de Escala.
(No incluye Enfermedad Mental Severa) ~ Paciente Ambulatorio		
Abuso de Substancias / Fármaco-Dependencia Requiere Pre-Autorización Paciente Interno	80% de Cantidad Negociada Contratada. A no obtener autorización; 25% de Gasto Cubierto.	60% de la Cantidad de Escala.
	\$15 Copago, después 100% de Cantidad Negociada Contratada. No Sujeto a Deducible.	60% de la Cantidad de Escala.
Paciente Ambulatorio		

**WESTERN PREFERRED ADVANTAGE PLAN
Landscape H & W Fund - Efectivo: current**

Preventivo	No es Gasto Cubierto
Beneficio Adicional por Accidente	No es Gasto Cubierto
NurseLine (Programa de Evaluación de Salud)	No es Gasto Cubierto

(1) **Proveedor Participante:** Los Proveedores de Cuidado de Salud que tengan contrato con Western Growers Assurance Trust aplicaran descuentos a sus honorarios. Su beneficio será mayor y su responsabilidad de paciente será menor si usted utiliza Proveedores Participantes.

(2) **Proveedor No-Participante:** Proveedores de Cuidados de Salud que no tengan contrato con Western Growers Assurance Trust no aplicaran descuentos a sus honorarios. Sus beneficios serán menores y su responsabilidad del paciente será significativamente mayor si usted utiliza Proveedores No-Participantes.

(3) **Cantidad Negociada Contratada:** Cantidad pagadera por tratamiento específico acordado entre Proveedores Participantes y Western Growers Assurance Trust.

PARA MAYOR INFORMACIÓN, POR FAVOR LLAME A NUESTRO DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL CLIENTE WGAT 1 (800) 777-7898.

NOTA: Use esta recopilación únicamente como referencia, es un resumen de los beneficios disponibles. No es un contrato. Todos los beneficios en referencia son sujetos a cualquier exclusión aplicable y/o limitaciones de la Descripción de Resumen de Beneficios de Western Growers Assurance Trust y de su elegibilidad como miembro al momento que se presten los servicios.

By: sales

Version - March 2011

1/2/2013