

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

<b>A. CARACTERISTICAS GENERALES</b>		
Deducible por Año Calendario	\$150 Individual / \$300 Familia	
Desembolso máximo (por Año Calendario)	\$12,500 Individual / \$25,000 Familia	
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.	
Proveedores Participantes	California: Anthem Blue Cross <a href="http://www.anthem.com/ca">www.anthem.com/ca</a>	
	Arizona: Blue Cross Blue Shield of Arizona <a href="http://www.bcbsaz.com">www.bcbsaz.com</a>	
	Todo de los otros estados: Multiplan <a href="http://www.multiplan.com">www.multiplan.com</a>	
<b>B. GASTOS DE HOSPITAL</b>	<b>Proveedor Participante (1) Sujeto a Deducible a menos que sea indicado</b>	<b>Proveedor No-Participante (2) sujeto a Deducible</b>
<b>Un co-pago igual al Deducible aplica cuando un Hospital No-Participante es utilizado.</b>		
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 estadia se reducirán por un día	80% de Cantidad Negociada Contratada	60% de lo Usual y de Costumbre
Sala de Emergencias para enfermedades <b>Proveedores Participantes y No-Participantes: \$100 Co-pago (co-pago no aplica si es admitido al hospital)</b>	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de Costumbre
Sala de Emergencias para un emergencia <b>Proveedores Participantes y No-Participantes: \$100 Co-pago despues del deducible. (co-pago no aplica si es admitido al hospital)</b>	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de Costumbre
Cuidado Hospital Ambulatorio - Todo los otros servicios	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
<b>C. SERVICIOS PROFESIONALES</b>	<b>Proveedor Participante Sujeto a Deducible a menos que sea indicado</b>	<b>Proveedor No-Participante sujeto a Deducible</b>
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
<b>D. OTROS GASTOS CUBIERTOS</b>	<b>Proveedor Participante Sujeto a Deducible a menos que sea indicado</b>	<b>Proveedor No-Participante sujeto a Deducible</b>
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 Nuclear	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 (Médicamente necesarios y especialmente diseñados)	80% de Cantidad Negociada Contratada	80% de lo Usual y de Costumbre

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

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 / Exámenes / Inmunización	100% de Cantidad Negociada Contratada	No es Gasto Cubierto
Cuidado Rutinario de Bienestar de Bebé - Incluye internamiento inicial, cunero, consultas y circuncisión	100% de Cantidad Negociada Contratada	No es Gasto Cubierto
Cuidado Rutinario de Bienestar Infantil (hasta los 18 años) ~ Incluye consultas, exámenes de laboratorio, rayos-x y vacunas.	100% de Cantidad Negociada Contratada	No es Gasto Cubierto
Cuidado Rutinario de Bienestar de la Mujer Incluye papanicolaou, mamografías y consultas. Mamografías Rutinarias ~ Limite de frecuencia	100% de Cantidad Negociada Contratada	No es Gasto Cubierto
Enfermedad Mental Severa <b>Requiere Pre-Autorización: No obtener autorización previa resulta en reducción de beneficios en un 50%</b>	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.	
<b>E. MANEJO DE UTILIZACIÓN</b>	<b>PRE-AUTORIZACIÓN ~ BLUE CROSS DE CALIFORNIA (800) 274-7767</b>	
Admisiones de Paciente Interno y Cirugía Ambulatoria	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%.	
Cirugía Ambulatoria y Centro Quirúrgico	Requiere autorización previa o un co-pago adicional de \$250 por acontecimiento aplica.	
<b>F. MEDICAMENTO PRESCRITO</b>	<b>Pinnacle Rx - (877) 782-9658</b>	
<b>Farmacias participantes solamente</b> Obligatoria la sustitución Genérica	Deducible: Ninguno Genérico: \$10 Patente: \$25	
Suministro máximo de 30 días Inyección subcutánea especiales	No-Formulario: 40% con minimo de \$35 Medicamentos especiales: 20%	
<b>Programa de Orden por Correo</b>	<b>Pinnacle Rx - (877) 782-9658</b>	
Suministro máximo de 90 días	Deducible: Ninguno Genérico: \$20 No-Formulario: 40% con minimo de \$70	
<b>G. DISPOSICIONES ESPECIALES</b>	<b>Proveedor Participante</b>	<b>Proveedor No-Participante</b>
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

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

<b>H. BENEFICIOS OPCIONALES</b>		
Condiciones Mentales/Nerviosas ~ <b>Paciente Interno</b>	80% de Cantidad Negociada Contratada. A no obtener autorización; 50% de Gasto Cubierto.	60% de la Cantidad de Escala.
(No incluye Enfermedad Mental Severa) ~ <b>Paciente Ambulatorio</b>	\$15 Copago, después 100% de Cantidad Negociada Contratada. No Sujeto a Deducible.	60% de la Cantidad de Escala.
Abuso de Substancias / Fármaco-Dependencia <b>Requiere Pre-Autorización</b>  <b>Paciente Interno</b>	80% de Cantidad Negociada Contratada. A no obtener autorización; 50% de Gasto Cubierto.	60% de la Cantidad de Escala.
	<b>Paciente Ambulatorio</b>	\$15 Copago, después 100% de Cantidad Negociada Contratada. No Sujeto a Deducible.
Beneficio Adicional por Accidente	INVALID ENTRY	
NurseLine (Programa de Evaluación de Salud)	INVALID ENTRY	

**(1) Desembolso máximo:** Esta es la responsabilidad del paciente que debe cumplir antes de que el plan de pago al 100%. Incluye los deducibles y co-pagos sobre la parte médica del plan. El desembolso máximo de la familia es 2 veces del individual. Proveedor No-Participante son excluidos del Desembolso Máximo.

**(2) 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. Si se selecciona la Proveedores de Cuidado Limitado; Los proveedores no designados serán considerados como Proveedor No-Participante si se selecciona los Proveedores de Cuidado Limitado.

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

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

**(5) Enfermedad Mental Severa esta definido como uno de los siguiente diagnosis:~ Esquizofrenia ~Trastorno Esquizofrenia~ Trastorno Bipolar (Trastorno Manico Depresivo) ~trastorno depresivo mayor ~Trastorno de pánico ~Trastorno obsesivo compulsivo ~ Autismo ~Anorexia Nervosa ~Bulimia Nervosa. Por favor revise su Descripción del Plan para obtener información adicional acerca de estos beneficios y limitaciones. Todos los servicios deben ser confirmados por los expedientes médicos para determinar los servicios necesarios antes de los beneficios que se pagan.**

**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:**

**7/17/2015**