



Activo

2026 Beneficios del Plan de Salud "a La Vista"

Carpenters Services Administrative Corporation
445 South Figueroa Street, Suite 1500, Los Angeles, CA 90071-3203 | Tel: 213-386-8590 | Toll Free: 800-293-1370

Nota: este documento constituye sólo un breve resumen de los beneficios disponibles. Consulte el folleto de Descripción del Resumen del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) o la evidencia del documento de cobertura del HMO disponible en el sitio web CSAC en csacbenefits.org.

Notas sobre el Plan Médico PPO: Solo se utilizan los "cargos permitidos" para determinar los beneficios bajo el Plan Médico PPO. "Carga permitida" significa:

- Para un proveedor PPO, la tarifa/tarifa negociada en el acuerdo entre la red participante, las tarifas del contrato con el proveedor y los beneficios del Plan; o
- Para un proveedor que no es PPO (fuera de la red), la cantidad de cargo permitido significa el programa que enumera la cantidad en dólares que el Plan ha determinado que permitirá los servicios o suministros cubiertos elegibles médicamente necesarios realizados por proveedores que no pertenecen a la red. Las cantidades permitidas se basan en algunos factores, incluyendo la ubicación geográfica del proveedor y el tipo de servicio.

El Plan pagará el 100% de los cargos permitidos una vez que la cantidad que cualquier individuo o familia pague por los servicios cubiertos alcance el máximo de bolsillo. El participante del plan es responsable de pagar su parte del costo, que generalmente es un copago. Consulte el libro Resumen de Descripción del plan para obtener más información.

Las visitas a urgencias fuera de la red se realizan a nivel de beneficio dentro de la red si el tratamiento se debe a una condición médica (incluyendo un trastorno de salud mental o consumo de sustancias) que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) como para que una persona prudente, con conocimientos medios de salud y medicina, pueda razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata resulte en un grave deterioro de las funciones corporales, disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o poner en grave peligro la salud de una mujer o de su hijo no nacido, diversos tipos de daños graves.

ESTO ES SOLO UN RESUMEN: Los beneficios descritos en este documento son solo un resumen parcial de los beneficios. Consulte el documento de Evidencia de Cobertura (EOC) aplicable o a la Descripción del Resumen del Plan (SPD) para conocer los requisitos de autorización previa y las restricciones, exclusiones y limitaciones específicas, así como una lista más extensa de servicios. Los copagos se aplican a los servicios cubiertos recibidos como se describe en la EOC. Sin embargo, las reglas sobre requisitos de participación del Fideicomiso, como se detalla en el folleto de la Descripción del Resumen del Plan emitido por el Fideicomiso, se aplican a todos los participantes elegibles activos, incluso aquellos que están inscritos en un plan HMO. Todos los costos asociados con los servicios no cubiertos o las reclamaciones denegadas serán responsabilidad del afiliado.

Lo invitamos a visitar nuestro sitio web en csacbenefits.org. Nuestro sitio web proporciona información sobre los beneficios, las reglas de elegibilidad, enlaces a redes de proveedores, formularios para cambios en la situación familiar y mucho, mucho más.

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2026

Visite al sitio web csacbenefits.org

BENEFICIOS MÉDICOS	WESTERN STATES CARPENTERS			
	PLAN PPO COPAGO		PLAN DE BRONCE	
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS		AZ, NM, CO, UT, NV, CA, WA, OR, ID, MT	
	Dentro de la red - Costo para usted	Fuera de la red- El Plan paga	Dentro de la red- Costo para usted	Fuera de la red- El Plan paga
El deducible por año calendario: El deducible se aplica a todos los beneficios médicos a menos que se indique lo contrario (cobertura individual/ máximo familiar combinado)	Sin cargo	\$500 / \$1,500	\$3,000 / \$6,000	\$10,000 / \$20,000
Lo máximo de gastos de bolsillo por año calendario (incluye los deducibles y la mayoría de copagos y coseguro) (cobertura individual/ máximo familiar combinado)	\$2,500 / \$5,000	Sin cargo, con excepción para emergencias	\$5,600 / \$11,200	Sin cargo, con excepción para emergencias
Hospital				
Paciente hospitalizado	\$500 por admisión	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
Cirugía ambulatoria	\$250 por cirugía	50% de la cantidad permitida (se permite un máximo de \$5,000 por sesión)	20%	50% de la cantidad permitida (se permite un máximo de \$5,000 por sesión)
Sala de emergencias (copago exento si es internado)	\$250 por visita	\$250 por visita; no se aplica el deducible (50% si no es una verdadera emergencia)	\$250 por visita, luego 20%	\$250 por visita, luego 20% (50% si no es una verdadera emergencia)
Atención de Urgencia	\$50 por visita	50% de la cantidad permitida	20%	20% de la cantidad permitida
Visitas virtuales online con profesionales médicos titulados usando Teladoc	\$5 por visita	\$5 por visita	\$5 por visita	\$5 por visita
Servicios de Ambulancia Terrestre - transporte de emergencia	\$100 por viaje	\$100 por viaje; no se aplica el deducible	\$50 por viaje; no se aplica el deducible	\$50 por viaje; no se aplica el deducible
Centro de atención prolongada	\$500 por admisión	\$500 por admisión	Sin cargo los primeros 30 días; 20% en adelante por alojamiento y comidas y 20% por otros servicios; límite de 180 días por incapacidad	
Servicios preventivos: Están cubiertos todos los servicios y exámenes preventivos con calificación A o B de la Comisión de Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force) (otros exámenes pueden ser cubiertos según lo disponga la ley federal)				
Visitas a consultorio de atención preventiva	Sin cargo	50% de la cantidad permitida	Sin cargo; no se aplica el deducible	50% de la cantidad permitida
Examen físico, exámenes de detección, análisis de laboratorio y otras pruebas y vacunas	Sin cargo	50% de la cantidad permitida	Sin cargo; no se aplica el deducible	50% de la cantidad permitida

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2026

Visite al sitio web csacbenefits.org

BENEFICIOS MÉDICOS	WESTERN STATES CARPENTERS			
	PLAN PPO COPAGO		PLAN DE BRONCE	
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS		AZ, NM, CO, UT, NV, CA, WA, OR, ID, MT	
	Dentro de la red - Costo para usted	Fuera de la red - El Plan paga	Dentro de la red - Costo para usted	Fuera de la red - El Plan paga
Médico				
Cirugía para pacientes hospitalizados	Sin cargo para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
Cirugía para pacientes ambulatorios	Sin cargo para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	50% de la cantidad permitida (se permite un máximo de \$3,500 por sesión)	20%	50% de la cantidad permitida (se permite un máximo de \$3,500 por sesión)
Visitas al hospital	Sin cargo para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
Visitas a consultorios	\$15 para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
Segunda opinión quirúrgica de un especialista	\$30 por visita	50% de la cantidad permitida	Sin cargo hasta \$150; no se aplica el deducible	50% de la cantidad permitida
Maternidad	Igual que cualquier otra condición (ciertos servicios relacionados con el embarazo están cubiertos por el beneficio de servicios preventivos al 100% dentro de la red y 50% fuera de la red); No hay cobertura para hijos dependientes que queden embarazadas.		Igual que cualquier otra condición (ciertos servicios relacionados con el embarazo están cubiertos por el beneficio de servicios preventivos al 100% dentro de la red y 50% fuera de la red); No hay cobertura para hijos dependientes que queden embarazadas.	
Radiografías, análisis de laboratorio de diagnóstico (ambulatorio), resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía de emisión de positrones	\$30 por visita	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
Equipo médico duradero y aparatos correctores	\$30 por artículo	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
Audífonos - Externo	\$30; sujeto a un beneficio máximo de \$1,000 por oído cada 24 meses		Después de cumplir con el deducible, el plan paga el 50% de la cantidad permitida	
Atención médica/de enfermería (en el hogar)	\$30 por visita	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
Quiropráctico/ Manipulación espinal	\$15 por visita Dentro y fuera de la red limitado a 24 visitas por año	50% de la cantidad permitida	Todos los cargos que excedan el beneficio de \$10 por visita; limitado a 24 visitas por año	
Fisioterapia (paciente ambulatorio de corto plazo)	\$15 por visita Dentro y fuera de la red limitado a 20 visitas por año	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
Terapia del habla (solo casos restaurativos ambulatorios a corto plazo; consulte las Exclusiones y Limitaciones en el SPD para más detalles)	\$15 por visita Dentro y fuera de la red limitado a 130 visitas de por vida	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2026

Visite al sitio web csacbenefits.org

BENEFICIOS MÉDICOS	WESTERN STATES CARPENTERS			
	PLAN PPO COPAGO		PLAN DE BRONCE	
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS		AZ, NM, CO, UT, NV, CA, WA, OR, ID, MT	
	Dentro de la red - Costo para usted	Fuera de la red - El Plan paga	Dentro de la red - Costo para usted	Fuera de la red - El Plan paga
Acupuntura	\$15 por visita	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
	Dentro y fuera de la red limitado a 20 sesiones por año calendario		Dentro y fuera de la red limitado a 20 sesiones por año calendario	
Alcoholismo y drogadicción				
Paciente hospitalizado	\$500 por visita	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
Servicios de salud mental	\$15 por visita	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
Salud mental				
Internación mental en hospital	\$500 por visita	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
Paciente ambulatorio	\$15 por visita	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
Otros suministros y servicios cubiertos	Se pueden aplicar diferentes copagos	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2026

Visite al sitio web csacbenefits.org

BENEFICIOS MÉDICOS	KAISER			
	HEALTH PLAN			
REGIONES DISPONIBLES	CA	CO	NW	WA
	<i>Costo para usted</i>	<i>Costo para usted</i>	<i>Costo para usted</i>	<i>Costo para usted</i>
El deducible por año calendario: El deducible se aplica a todos los beneficios médicos a menos que se indique lo contrario (cobertura individual/familiar máximo)	\$250 / \$500	\$250 / \$500	\$250 / \$500	\$250 / \$500
Lo máximo de gastos de bolsillo por año calendario (incluye los deducibles y la mayoría de copagos y coseguro) (cobertura individual/familiar)	\$3,000 / \$6,000	\$3,000 / \$6,000	\$3,000 / \$6,000	\$3,000 / \$6,000
Hospital				
Paciente hospitalizado	20%	20%	20%	20%
Cirugía ambulatoria	20%	\$500 en un plan de Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC, por sus siglas en ingles)	20%	20%
Sala de emergencias (copago exento si es internado)	20%	20%	20%	20%
Atención de Urgencia	\$20 por visita, no se aplica el deducible	\$20 por visita	\$20 por visita, no se aplica el deducible	\$20 por visita, no se aplica el deducible
Servicios de Ambulancia	\$150 por viaje	\$150 por viaje, no se aplica el deducible	\$150 por viaje, no se aplica el deducible	\$150 por viaje
Centro de atención prolongada	20%; limitado a 100 días por período de beneficios	20%; limitado a 100 días por período de beneficios	20%; limitado a 100 días por período de beneficios	20%; limitado a 100 días por período de beneficios
Servicios preventivos: Están cubiertos todos los servicios y exámenes preventivos con calificación A o B de la Comisión de Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force) (otros exámenes pueden ser cubiertos según lo disponga la ley federal)				
Visitas a consultorio de atención preventiva	Sin cargo para médico de atención primaria, especialista y atención prenatal/para bebés, no se aplica el deducible	Sin cargo para médico de atención primaria, especialista y atención prenatal/para bebés, no se aplica el deducible	Sin cargo para médico de atención primaria, especialista y atención prenatal/para bebés, no se aplica el deducible	Sin cargo para médico de atención primaria, especialista y atención prenatal/para bebés, no se aplica el deducible
Examen físico, exámenes de detección, análisis de laboratorio y otras pruebas y vacunas	Sin cargo, no se aplica el deducible	Sin cargo, no se aplica el deducible	Sin cargo, no se aplica el deducible	Sin cargo, no se aplica el deducible
Médico				
Cirugía para pacientes hospitalizados	20%	20%	20%	20%

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2026

Visite al sitio web csacbenefits.org

BENEFICIOS MÉDICOS	KAISER			
	HEALTH PLAN			
REGIONES DISPONIBLES	CA	CO	NW	WA
	<i>Costo para usted</i>	<i>Costo para usted</i>	<i>Costo para usted</i>	<i>Costo para usted</i>
Cirugía para pacientes ambulatorios	20%	\$500 en un plan de Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC, por sus siglas en ingles)	20%	20%
Visitas al hospital	20%	20%	20%	20%
Visitas a consultorios	\$20 para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista, no se aplica el deducible	\$20 para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista, no se aplica el deducible	\$20 para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista, no se aplica el deducible	\$20 para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista, no se aplica el deducible
Segunda opinión quirúrgica de un especialista	\$30 por visita (dentro de Kaiser), no se aplica el deducible	\$30 por visita (dentro de Kaiser), no se aplica el deducible	\$30 por visita (dentro de Kaiser), no se aplica el deducible	\$30 por visita (dentro de Kaiser), no se aplica el deducible
Maternidad	Igual que con cualquier otra enfermedad (ciertos servicios relacionados con el embarazo están cubiertos como beneficio de servicios preventivos sin copago)	Igual que con cualquier otra enfermedad (ciertos servicios relacionados con el embarazo están cubiertos como beneficio de servicios preventivos sin copago)	Igual que con cualquier otra enfermedad (ciertos servicios relacionados con el embarazo están cubiertos como beneficio de servicios preventivos sin copago)	Igual que con cualquier otra enfermedad (ciertos servicios relacionados con el embarazo están cubiertos como beneficio de servicios preventivos sin copago)
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico (ambulatorio)	\$10 por encuentro	Radiografía y laboratorio en consultorio médico - Sin cargo; no se aplica el deducible Laboratorio en el hospital: 20%	\$10 por encuentro, no se aplica el deducible	\$10 por encuentro, no se aplica el deducible
Resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía de emisión de positrones	20% hasta un máximo de \$50 por procedimiento	\$50 por procedimiento, no se aplica el deducible	\$50 por procedimiento, no se aplica el deducible	\$50 por procedimiento, no se aplica el deducible
Equipo médico duradero y aparatos correctores	20%, no se aplica el deducible	20%	Sin cargo, no se aplica el deducible	20%, no se aplica el deducible
Audífonos	Sin cargo, no se aplica el deducible; sujeto a un beneficio máximo de \$1,000 por aparato, un aparato por oído cada 36 meses	Sin cargo, no se aplica el deducible; sujeto a un beneficio máximo de \$1,000 por aparato, un aparato por oído cada 36 meses	Sin cargo, no se aplica el deducible; por oído cada 36 meses	20%, no se aplica el deducible; un aparato por oído cada 36 meses

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2026

Visite al sitio web csacbenefits.org

BENEFICIOS MÉDICOS	KAISER			
	HEALTH PLAN			
REGIONES DISPONIBLES	CA	CO	NW	WA
	<i>Costo para usted</i>	<i>Costo para usted</i>	<i>Costo para usted</i>	<i>Costo para usted</i>
Atención médica/de enfermería (en el hogar)	Sin cargo, no se aplica el deducible; limitado a 100 visitas por año	Sin cargo, no se aplica el deducible; limitado a 100 visitas por año	Sin cargo, no se aplica el deducible; limitado a 130 visitas por año	Sin cargo, no se aplica el deducible; limitado a 130 visitas por año
Quiropráctico	\$15 por visita, no se aplica el deducible; limite de 20 visitas por un periodo de 12 meses	\$20 por visita, no se aplica el deducible; limitado a 20 visitas por año	\$20 por visita, no se aplica el deducible; limitado a 12 visitas por año	\$20 por visita, no se aplica el deducible; limitado a 10 visitas por año
Fisioterapia (paciente ambulatorio de corto plazo)	\$20 por visita	\$20 por visita; limite de 20 visitas por año por cualquier tipo de terapia	\$20 por visita, no se aplica el deducible; limite de 20 visitas por año por cualquier tipo de terapia	\$20 por visita
Terapia del habla (paciente ambulatorio de corto plazo)	\$20 por visita	\$20 por visita; limite de 20 visitas por año por cualquier tipo de terapia	\$20 por visita, no se aplica el deducible; limite de 20 visitas por año por cualquier tipo de terapia	\$20 por visita
Alcoholismo y drogadicción				
Paciente hospitalizado	20%	20%	20%	20%
Servicios de salud mental	\$20 por visita (\$5 por sesión grupal), no se aplica el deducible	\$20 por visita (\$5 por sesión grupal), no se aplica el deducible	\$20 por visita (\$10 por sesión grupal), no se aplica el deducible	\$20 por visita (\$5 por sesión grupal), no se aplica el deducible
Salud mental				
Internación mental en hospital	20%	20%	20%	20%
Paciente ambulatorio	\$20 por visita (\$10 por sesión grupal), no se aplica el deducible	\$20 por visita (\$10 por sesión grupal), no se aplica el deducible	\$20 por visita (\$10 por sesión grupal), no se aplica el deducible	\$20 por visita (\$10 por sesión grupal), no se aplica el deducible
Otros suministros y servicios cubiertos incluyendo Servicios de Infertilidad (contacta con los Servicios Miembros de Kaiser para obtener detalles de cobertura, que pueden variar según el estado)	Se pueden aplicar diferentes copagos	Se pueden aplicar diferentes copagos	Se pueden aplicar diferentes copagos	Se pueden aplicar diferentes copagos

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2026

Visite al sitio web csacbenefits.org

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS	WESTERN STATES CARPENTERS	KAISER
	PLAN PPO	PLAN HMO
REGIONES DISPONIBLES	<i>Plan PPO Copago: TODOS LOS ESTADOS</i> <i>Plan de Bronce: AZ, NM, CO, UT, NV, CA, WA, OR, ID, MT</i>	CA y CO y NW y WA
	<i>Costo para usted</i>	<i>Costo para usted</i>
Deducible por año calendario	Sin cargo	Sin cargo
Máximo de gastos de bolsillo por año calendario (incluye los deducibles y la mayoría de copagos y coseguro) (cobertura individual/familiar)	Farmacia dentro de la red o servicio de correo: \$1,000 / \$2,000 Farmacia fuera de la red: sin costo	El máximo de beneficios médicos de gastos de bolsillo es un máximo combinado de beneficios médicos y de medicamentos recetados
Farmacia minorista dentro de la red	Suministro para 30 días Usted paga la cantidad menor entre el costo del medicamento o el del copago	Suministro para 30 días
Genéricos	\$10; \$0 para anticonceptivos recetados	\$10; \$0 para anticonceptivos recetados
Marcas en el formulario	\$40*	\$30
Medicamento que no está en el formulario	\$60*	Se aplican copagos cuando es medicamento necesario a medicamentos especializados/de marca/genéricos
Medicamento de especialidad	\$50	20%, no exceder los \$250
Límite para medicamentos de mantenimiento en farmacias minoristas	Una reposición, luego usted paga el 100 % si lo continúa adquiriendo en una farmacia minorista	Sin límite
Por correo	Suministro para 90 días	CA: Suministro para 100 días; CO, NW, WA: Suministro para 90 días
Genéricos	\$25; \$0 para anticonceptivos recetados	\$20; \$0 para anticonceptivos recetados
Marcas en el formulario	\$100	\$60
Medicamento que no está en el formulario	\$150	Se aplican copagos cuando es medicamento necesario a medicamentos especializados/de marca/genéricos

*Nota: Si hay un medicamento genérico disponible y usted o su médico indican "No sustituir" en la receta, se le cobrará el copago por el medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el de marca.

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2026

Visite al sitio web csacbenefits.org

BENEFICIOS DENTALES	UNITEDHEALTHCARE	
	DPPO PLAN	
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS	
	Costo para usted	
	Dentro de la red*	Fuera de la red**
Deducible por año calendario (individual/familiar); no se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico	\$50 / \$150	\$50 / \$150
Beneficio máximo por persona por año calendario	\$3,000	\$2,000
Beneficio máximo de cobertura de ortodoncia de por vida	\$2,000	
Servicios Diagnóstico		
Evaluación oral periódica	\$0	50%
Radiografías	\$0	50%
Pruebas de laboratorio y otras pruebas diagnósticas	\$0	50%
Servicios Preventivos		
Profilaxis (limpieza)	\$0	50%
Tratamiento con flúor (preventivo)	\$0	50%
Selladores	\$0	50%
Mantenedor de espacio	\$0	50%
Servicios Básicos		
Restauraciones (Amalgamas o Compositivos)	20%	50%
Tratamiento de emergencia / servicios generales	20%	50%
Extracciones simples	20%	50%
Cirugía oral (incluyendo extracciones quirúrgicas)	20%	50%
Periodoncia	20%	50%
Endodoncia	20%	50%
Servicios Mayores		
Incrustaciones y coronas	20%	50%
Dentaduras postizas y prótesis desmontables	20%	50%
Prótesis parciales fijas (puentes)	20%	50%
Servicios Ortodoncia		
Diagnosticar o corregir la desalineación de los dientes o la mordida	20%	50%

* El porcentaje de beneficios de la red se basa en las tarifas con descuento negociadas con el proveedor.

** El porcentaje de beneficios fuera de la red se basa en las tarifas usuales y habituales en las áreas geográficas en las que se incurren los gastos.

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2026

Visite al sitio web csacbenefits.org

BENEFICIOS DE LA VISIÓN	VSP
	PLAN DE LA VISIÓN
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS
	<i>Costo para usted</i>
Examen	\$0 copago
Gafas graduadas	Lentes por par: copago de \$0, una vez cada 12 meses Marcos: subsidio de \$150, una vez cada 12 meses Mejoras de lentes: están cubiertos el revestimiento antirreflejo, el policarbonato, los progresivos estándar, los tintes y el revestimiento resistente de rayones
Lentes de contacto	Examen: copago de hasta \$60 Lentes de contacto electivos en lugar de lentes o marcos: subsidio de \$150
Gafas de protección	El beneficio incluye cobertura para un par de anteojos de seguridad para el empleado. El empleado debe estar inscrito en el plan integral para obtener los beneficios del plan de seguridad. Lentes por par: copago de \$0, una vez cada 12 meses Marcos: una vez cada 24 meses. Asignación de \$60 para marcos de seguridad de un médico de VSP, o marcos de seguridad completos cubiertos de la colección ProTec Eyewear®, o marcos de seguridad completos cubiertos de cualquier sucursal de Visionworks Mejoras de lentes: los lentes de policarbonato están cubiertos

FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE
BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 ENERO DEL 2026

Visite al sitio web csacbenefits.org

Beneficio	Contacto para asistencia	Descripción de beneficios
CancerNavigator <i>(Solamente en el Plan PPO)</i>	www.cancernavigator.com/wscarpenters (213) 657-5282	Programa de apoyo al cáncer. Conéctese directamente con una Enfermera Navegadora de Oncología para discutir el diagnóstico y las opciones de tratamiento recomendadas, hablar sobre las decisiones de atención, recibir apoyo y asesoramiento, y saber qué centros y proveedores están cerca del paciente, dentro de la red y están bien equipados para tratar cánceres específicos. Programa ofrecido sin costo alguno a los participantes elegibles y dependientes inscritos.
Sword Health <i>(Solamente en el Plan PPO)</i>	https://meet.swordhealth.com/westerncarpenters (888) 346-0476	Terapia física digital personalizada en casa en su horario. Se dirige al dolor musculoesquelético crónico, la prevención del dolor y la prevención de lesiones. Programa ofrecido sin costo alguno a los participantes elegibles y dependientes inscritos.
Nimble Health <i>(Solamente en el Plan PPO)</i>	www.Nimble-Health.com (833) 844-8556	Programa de conserjería para afecciones musculoesqueléticas (por ejemplo, rodilla, hombro, cuello). Ofrece apoyo para la toma de decisiones clínicas, navegación de atención y programación de conserjería a proveedores de alta calidad para imágenes avanzadas, manejo del dolor, terapia física, segunda opinión o cirugía. Programa ofrecido sin costo alguno a los participantes elegibles y dependientes inscritos.
Virta Health <i>(Solamente en el Plan PPO)</i>	www.virtahealth.com/join/swc	Programa de nutrición guiada que ofrece apoyo para gestionar la diabetes, revertir la diabetes tipo 2 o prediabetes, y la pérdida de peso. Programa ofrecido sin coste a participantes elegibles y dependientes inscritos.
Programa de Asistencia para Carpinteros de ComPsych (CCAP) <i>(Disponible para el Plan PPO & Kaiser)</i>	www.guidanceresources.com ID de la Web: SWCCAP (833) 792-2271	Asistencia gratuita y confidencial para la salud mental, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Ofrece hasta 5 sesiones de asesoramiento gratuitas, por participante y por evento, con un médico con licencia, además de recursos legales y financieros, y soluciones para la vida laboral. Programa ofrecido sin costo alguno a los participantes elegibles y dependientes inscritos.
Acuerdo de Reembolso de Gastos de Salud (HRA) de Carpinteros de Estados del Oeste <i>(Disponible para el Plan PPO & Kaiser)</i>	Balance de cuenta o reclamaciones: www.theharrissongrouponline.com/wschr (855) 972-4721	Acuerdo de Reembolso de Gastos de Salud (HRA, por sus siglas en inglés) para los participantes que trabajan bajo un Acuerdo de Negociación Colectiva que requiere contribuciones a la HRA. El balance del HRA se puede usar para pagar los gastos relacionados con la salud elegibles (por ejemplo, copagos, deducibles y más).