



Carpenters Southwest Administrative Corporation

OFICINA ADMINISTRATIVA: 533 S. Fremont Ave. • Los Ángeles, CA 90071-1706 • Tel: (213) 386-8590 • Número gratuito: (800) 293-1370

www.carpenterssw.org

Activo

Comparación de Beneficios Médicos

2020

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 www.carpenterssw.org.

EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2020

Visite al sitio web
www.carpenterssw.org

Notas del plan del Anthem PPO: solo se usan los "cargos permitidos" para determinar los beneficios según el Plan Anthem PPO. "Cargo permitido" significa el cargo habitual, si se incurre con respeto a un dependiente elegible mientras se encuentra en ese estado, en el área en que se incurre, pero no excede el cargo que se hubiera realizado en ausencia de beneficios provistos bajo este Plan y en la medida en que un Cargo Permitido esté limitado a una tarifa en dolares específicamente dolares de las disposiciones de beneficios del Plan, sin exceder el límite en dólares establecido para el servicio o suministro entregado u obtenido. El deducible es la cantidad de cargos permitidos que debe pagar cada año calendario antes de que el Plan comience a pagar los cargos permitidos por los servicios o suministros cubiertos. El Plan pagará el 100% de los cargos permitidos una vez que la tarifa de cualquier individuo o familia paga por los servicios cubiertos alcance el máximo de gastos de su bolsillo. Consulte la Descripción del Resumen del Plan para obtener más información.

Las cirugías ambulatorias de emergencia y las visitas a la sala de emergencias de un proveedor fuera del PPO se pagan al nivel de beneficio del PPO si el tratamiento se debe a una condición médica que se manifiesta por medio de síntomas agudos y con la gravedad suficiente (incluido dolor agudo) para hacer que una persona razonable y prudente, con conocimientos promedio de salud y medicina, considere que la falta de atención médica inmediata puede resultar en daños graves de diversos tipos. La internación de emergencia en un centro fuera del PPO también se paga al nivel PPO si se autoriza en las 48 horas después de la admisión como paciente hospitalizado.

ESTO ES SOLO UN RESUMEN: A continuación solo incluye un resumen de beneficios parcial de los beneficios del Plan. Consulte el folleto de la Evidencia de Cobertura (EOC) o a la Descripción del Resumen del Plan para conocer los requisitos de autorización previa y las restricciones, exclusiones y limitaciones específicas. 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 www.carpenterssw.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.

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2020**

Visite al sitio web
www.carpenterssw.org

BENEFICIOS MÉDICOS	ANTHEM		KAISER
	PLAN PPO		PLAN HMO
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS		CA y CO
	<i>Costo para usted</i>		<i>Costo para usted</i>
	PPO	No PPO	
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)	\$300/\$900	\$500/\$1,500	\$300/\$600 - Deducible de Hospital solamente
Lo máximo de gastos de bolsillo por año calendario (incluye los deducibles y la mayoría de copagos y coseguro) (cobertura individual/familiar)	\$2,500/\$5,000	Sin cargo, con excepción para emergencias	\$2,500/\$5,000
Hospital			
Paciente hospitalizado	10%	50%	10%
Cirugía ambulatoria	10%	50 % (se permite un máximo de \$5,000 por sesión)	10%
Sala de emergencias (copago exento si es internado)	\$250 por visita, luego 10%	\$250 por visita, luego 10% (50 % si no es una verdadera emergencia)	10%
Servicios de Ambulancia	\$50 por viaje; no se aplica el deducible	\$50 por viaje; no se aplica el deducible	\$150 por viaje; no se aplica el deducible
Centro de atención prolongada	Sin cargo los primeros 30 días; 10% en adelante por alojamiento y comidas y 10 % por otros servicios; límite de 180 días por incapacidad		10%; no se aplica el deducible; límite de 100 días por periodo 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; no se aplica el deducible	50%	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	50%	Sin cargo; no se aplica el deducible
Médico			
Cirugía para pacientes hospitalizados	10%	50%	10%
Cirugía para pacientes ambulatorios	10%	50%	10%
Visitas al hospital	10%	50%	10%
Visitas a consultorios	10%	50%	\$10 para proveedor no especialista, \$20 para proveedor especialista; no se aplica el deducible

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2020**

Visite al sitio web
www.carpenterssw.org

BENEFICIOS MÉDICOS	ANTHEM		KAISER
	PLAN PPO		PLAN HMO
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS		CA y CO
	<i>Costo para usted</i>		<i>Costo para usted</i>
	PPO	No PPO	
Segunda opinión quirúrgica de un especialista	Sin cargo hasta \$150; no se aplica el deducible	Sin cargo hasta \$150; no se aplica el deducible	\$20 por visita; no se aplica el deducible (dentro de Kaiser)
Maternidad	Igual que cualquier otra condición (ciertos servicios relacionados con el embarazo están cubiertos por el beneficio de servicios preventivos al 100 % si es en PPO); sin cobertura para los hijos		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%	50%	\$10 por visita; \$50 por resonancia magnética (MRI), tomografía computada (CT) y tomografía por emisión de positrones (PET); no se aplica el deducible
Equipo médico duradero y aparatos correctores	10%	50%	20%; no se aplica el deducible
Audífonos	10%; sujeto a un beneficio máximo de \$1,000 por oído cada 24 meses		Sin cargo; sujeto a un beneficio máximo de \$1,000 por aparato, un aparato por oído cada 36 meses, no se aplica el deducible
Atención médica/de enfermería (en el hogar)	10%	50%	Sin cargo; no se aplica el deducible; limitado a 100 visitas por período de acumulación
Quiropráctico	Todos los cargos que excedan el beneficio de \$10 por visita; limitado a 24 visitas por año calendario		\$15 por visita; no se aplica el deducible; limitado a 20 visitas por año calendario
Fisioterapia (paciente ambulatorio de corto plazo)	10%	50%	\$10 por visita; no se aplica el deducible
	PPO y no PPO limitado a 20 visitas por año calendario		
Terapia del habla (paciente ambulatorio de corto plazo)	10%	50%	\$10 por visita; no se aplica el deducible
	PPO y no PPO limitado a 130 visitas de por vida		
Alcoholismo y drogadicción			
Paciente hospitalizado	10%	50%	10%
Servicios de salud mental	10%	50%	\$10 por visita (\$5 por sesión grupal); no se aplica el deducible
Salud mental			
Internación mental en hospital	10%	50%	10%
Paciente ambulatorio	10%	50%	\$10 por visita (\$5 por sesión grupal); no se aplica el deducible
Otros suministros y servicios cubiertos	10%	50%	Pueden aplicar copagos y coseguros variables

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2020**

Visite al sitio web
www.carpenterssw.org

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS	ANTHEM	KAISER
	PLAN PPO	PLAN HMO
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS	CA y CO
	<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*	Sin cobertura a menos que sea medicamento necesario
Medicamento de especialidad	\$50	\$30
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: 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	Sin cobertura a menos que sea medicamento necesario

*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.



Carpenters Southwest Administrative Corporation

OFICINA ADMINISTRATIVA: 533 S. Fremont Ave. • Los Ángeles, CA 90071-1706 • Tel: (213) 386-8590 • Número gratuito: (800) 293-1370
www.carpenterssw.org

Activo

Comparación de Beneficios Dentales

2020

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 DHMO disponible en el sitio web CSAC en www.carpenterssw.org.

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS DENTALES
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2020**

Visite al sitio web
www.carpenterssw.org

BENEFICIOS DENTALES	UNITEDHEALTHCARE				
	DPPO PLAN		COMPENSACIÓN DIRECTA		SOLO DENTRO DE LA RED
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS		CA - COBERTURA SOLAMENTE DENTRO DE LA RED	NV - COBERTURA DENTRO Y FUERA DE LA RED	TODOS LOS DEMÁS ESTADOS**
	<i>Costo para usted</i>		<i>Costo para usted</i>	<i>Su costo con un proveedor dentro de la red</i>	<i>Costo para usted</i>
	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	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Beneficio máximo por persona por año calendario	\$2,000		Sin cargo	Sin cargo	\$5,000
Beneficio máximo de cobertura de ortodoncia de por vida	\$2,000		No se aplica	No se aplica	\$2,000
Servicios Preventivos y de Diagnóstico					
Radiografías, examen intrabucal, exámenes bucales completos con radiografías interproximales (D0210)	\$0	50 % (\$0 en TX*)	\$0	\$0	\$0
Radiografías, interproximales, dos películas (D0272)	\$0	50 % (\$0 en TX*)	\$0	\$0	\$0
Limpieza dental (D1110 y D1120)	\$0	50 % (\$0 en TX*)	\$0	\$0	\$0
Mantenedor de espacio, fijo, bilateral (D1515)	\$0	50 % (\$0 en TX*)	\$0	\$0	\$0
Restauraciones					
Empaste con amalgama, una superficie, diente temporal o permanente (D2140)	50%	50%	\$5	\$5	\$5
Empaste con amalgama, tres superficies, diente temporal o permanente (D2160)	50%	50%	\$10	\$10	\$10
Corona de porcelana/base de metal (D2751)	50%	50%	\$90	\$90	\$90
Corona colada completa/base de metal (D2791)	50%	50%	\$90	\$90	\$90
Corona colada completa de metal noble (D2792)	50%	50%	\$100	\$100	\$100
Periodoncia					
Gingivectomía, por cuadrante (D4210)	50%	50%	\$10	\$10	\$10
Raspado y alisado radicular, por cuadrante (D4341)	50%	50%	\$5	\$5	\$5
Endodoncia					
Tratamiento de conductos, anterior (D3310)	50%	50%	\$15	\$15	\$15
Tratamiento de conductos, bicúspide (D3320)	50%	50%	\$20	\$20	\$20
Tratamiento de conductos, molar (D3330)	50%	50%	\$60	\$60	\$60
Apicectomía por diente (D3410)	50%	50%	\$15	\$15	\$15
Prostodoncia					
Prótesis superior completa (D5110)	50%	50%	\$140	\$140	\$140

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS DENTALES
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2020**

Visite al sitio web
www.carpenterssw.org

BENEFICIOS DENTALES	UNITEDHEALTHCARE				
	DPPO PLAN		COMPENSACIÓN DIRECTA		SOLO DENTRO DE LA RED
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS		CA - COBERTURA SOLAMENTE DENTRO DE LA RED	NV - COBERTURA DENTRO Y FUERA DE LA RED	TODOS LOS DEMÁS ESTADOS**
	<i>Costo para usted</i>		<i>Costo para usted</i>	<i>Su costo con un proveedor dentro de la red</i>	<i>Costo para usted</i>
	Dentro de la red	Fuera de la red			
Prótesis inferior completa (D5120)	50%	50%	\$140	\$140	\$140
Prótesis de dentadura parcial, superior, metal colado (D5213)	50%	50%	\$140	\$140	\$140
Prótesis de dentadura parcial, inferior, metal colado (D5214)	50%	50%	\$140	\$140	\$140
Cirugía Maxilofacial					
Extracción, diente erupcionado (D7140)	50%	50%	\$5	\$5	\$5
Extracción quirúrgica, diente erupcionado (D7210)	50%	50%	\$5	\$5	\$5
Extracción quirúrgica, impactación ósea completa (D7240)	50%	50%	\$15	\$15	\$15
Servicios Generales Complementarios					
Sedación/analgesia intravenosa moderada (sin pérdida de la consciencia), cada incremento de 15 minutos (D9243)	50%	50%	\$5	\$5	\$5
Protección de la mordida (D9940)	50%	50%	\$15	\$15	\$15
Blanqueamiento dental externo de aplicación en el hogar, por arcada (D9972)	50%	50%	\$125	\$125	\$125
Consulta con un especialista (D9310)	50%	50%	\$0	\$0	\$0
Ortodoncia, tratamiento completo de bandas (sin incluir radiografías de diagnóstico)					
Menores de edad	50%	50%	\$1,500	\$1,500	50%
Límite de edad	hasta los 19 años	hasta los 19 años	hasta los 19 años	hasta los 19 años	hasta los 19 años
Adulto	50%	50%	\$1,500	\$1,500	50%

* Los afiliados de los siguientes estados pagan \$0 por servicios preventivos y de diagnóstico con proveedores fuera de la red: Alabama, Louisiana, Mississippi y Texas.

** Los siguientes estados no están cubiertos por el plan de UHC de proveedores exclusivamente dentro de la red: Alaska, Alabama, Arkansas, Connecticut, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maryland, Maine, Missouri, Mississippi, Montana, New Mexico, North Carolina, North Dakota, Oklahoma, Texas y Vermont.