



# **Activo**

# **2024 Beneficios del Plan de Salud**

# **"a La Vista"**

Carpenters Southwest Administrative Corporation | 533 South Fremont Avenue, Los Angeles, CA 90071-1706 | 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 [www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org).

EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR  
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS  
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2024

Visite al sitio web  
[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

**Notas del plan del Southwest Carpenters PPO:** solo se usan los "cargos permitidos" para determinar los beneficios según el Plan Southwest Carpenters 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 de la red se pagan al nivel de beneficio del dentro de la red 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 de la red también se paga al dentro de la red 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](http://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 2024**

Visite al sitio web  
[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

BENEFICIOS MÉDICOS	SOUTHWEST CARPENTERS				KAISER
	PLAN PPO COPAGO		PLAN DE BRONCE		PLAN HMO
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS		POR ACUERDO		CA y CO
	Costo para usted		Costo para usted		Costo para usted
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	
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)	Sin cargo	\$500/\$1,500	\$3,000/\$6,000	\$10,000/\$20,000	\$250/\$500
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	\$5,600/\$11,200	Sin cargo, con excepción para emergencias	\$3,000/\$6,000
<b>Hospital</b>					
Paciente hospitalizado	\$500 por admisión	50%	20%	50%	20%
Cirugía ambulatoria	\$250 por cirugía	50% (se permite un máximo de \$5,000 por sesión)	20%	50% (se permite un máximo de \$5,000 por sesión)	20%
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)	20%
<b>Atención de Urgencia</b>	\$50 por visita	50%	20%	20%	\$20 por visita, no se aplica el deducible
<b>Servicios de Ambulancia</b>	\$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	\$150 por viaje
<b>Centro de atención prolongada</b>	\$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		20%; limitado a 100 días por período de beneficios
<b>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)</b>					
Visitas a consultorio de atención preventiva	Sin cargo	50%	Sin cargo; no se aplica el deducible	50%	Sin cargo para médico de atención primaria, especialista y atención prenatal/para bebés
Examen físico, exámenes de detección, análisis de laboratorio y otras pruebas y vacunas	Sin cargo	50%	Sin cargo; no se aplica el deducible	50%	Sin cargo
<b>Médico</b>					
Cirugía para pacientes hospitalizados	Sin cargo para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	50%	20%	50%	20%

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR  
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS  
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2024**

Visite al sitio web  
[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

<b>BENEFICIOS MÉDICOS</b>	<b>SOUTHWEST CARPENTERS</b>				<b>KAISER</b>
	<b>PLAN PPO COPAGO</b>		<b>PLAN DE BRONCE</b>		<b>PLAN HMO</b>
	<b>TODOS LOS ESTADOS</b>		<b>POR ACUERDO</b>		<b>CA y CO</b>
<b>REGIONES DISPONIBLES</b>	<i>Costo para usted</i>		<i>Costo para usted</i>		<i>Costo para usted</i>
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	
Cirugía para pacientes ambulatorios	Sin cargo para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	50% (se permite un máximo de \$3,500 por sesión)	20%	50% (se permite un máximo de \$3,500 por sesión)	20%
Visitas al hospital	Sin cargo para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	50%	20%	50%	20%
Visitas a consultorios	\$15 para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	50%	20%	50%	\$20 para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista
Segunda opinión quirúrgica de un especialista	\$30 por visita	50%	Sin cargo hasta \$150; no se aplica el deducible	Sin cargo hasta \$150; no se aplica el deducible	\$30 por visita (dentro de Kaiser)
<b>Maternidad</b>	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); sin cobertura para los hijos		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); 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)
<b>Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico (ambulatorio)</b>	\$30 por visita	50%	20%	50%	\$10 por encuentro; 20% hasta un máximo de \$50 por procedimiento para resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía de emisión de positrones
<b>Equipo médico duradero y aparatos correctores</b>	\$30 por artículo	50%	20%	50%	20%, no se aplica el deducible
<b>Audifonos</b>	\$30; sujeto a un beneficio máximo de \$1,000 por oído cada 24 meses		20%; 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
<b>Atención médica/de enfermería (en el hogar)</b>	\$30 por visita	50%	20%	50%	Sin cargo, no se aplica el deducible; limitado a 100 visitas por año

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR  
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS  
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2024**

Visite al sitio web  
[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

BENEFICIOS MÉDICOS	SOUTHWEST CARPENTERS				KAISER
	PLAN PPO COPAGO		PLAN DE BRONCE		PLAN HMO
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS		POR ACUERDO		CA y CO
	Costo para usted		Costo para usted		Costo para usted
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	
<b>Quiropráctico</b>	\$15 por visita Dentro y fuera de la red limitado a 24 visitas por año	50%	Todos los cargos que excedan el beneficio de \$10 por visita; limitado a 24 visitas por año		CA: \$15 por visita; CO: \$20 por visita; limitado a 20 visitas por año
<b>Fisioterapia</b> (paciente ambulatorio de corto plazo)	\$15 por visita Dentro y fuera de la red limitado a 20 visitas por año	50%	20%	50%	\$20 por visita
<b>Terapia del habla</b> (paciente ambulatorio de corto plazo)	\$15 por visita Dentro y fuera de la red limitado a 130 visitas de por vida	50%	20%	50%	\$20 por visita
<b>Alcoholismo y drogadicción</b>					
Paciente hospitalizado	\$500 por visita	50%	20%	50%	20%
Servicios de salud mental	\$15 por visita	50%	20%	50%	\$20 por visita (CA: \$5 por sesión grupal; CO: \$10 por sesión grupal), no se aplica el deducible
<b>Salud mental</b>					
Internación mental en hospital	\$500 por visita	50%	20%	50%	20%
Paciente ambulatorio	\$15 por visita	50%	20%	50%	\$20 por visita (\$10 por sesión grupal), no se aplica el deducible
<b>Otros suministros y servicios cubiertos</b>	Se pueden aplicar diferentes copagos	50%	20%	50%	Se pueden aplicar diferentes copagos

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR  
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS  
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2024**

Visite al sitio web  
[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	<b>SOUTHWEST CARPENTERS</b>	<b>KAISER</b>
	<b>PLAN PPO</b>	<b>PLAN HMO</b>
<b>REGIONES DISPONIBLES</b>	<i>Plan PPO Copago: TODOS LOS ESTADOS Plan de Bronce: POR ACUERDO</i>	<b>CA y CO</b>
	<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
<b>Farmacia minorista dentro de la red</b>	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
<b>Por correo</b>	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	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.

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR  
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS DENTALES  
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2024**

Visite al sitio web  
[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

<b>BENEFICIOS DENTALES</b> <b>Los Beneficios Dentales no se ofrecen en el Plan Bronce</b>	<b>UNITEDHEALTHCARE</b>				
	<b>DPPO PLAN</b>		<b>COMPENSACIÓN DIRECTA</b>		<b>SOLO DENTRO DE LA RED</b>
<b>REGIONES DISPONIBLES</b>	<b>TODOS LOS ESTADOS</b>		<b>CA - COBERTURA SOLAMENTE DENTRO DE LA RED</b>	<b>NV - COBERTURA SOLAMENTE DENTRO DE LA RED</b>	<b>TODOS LOS DEMÁS ESTADOS**</b>
	<i>Costo para usted</i>		<i>Costo para usted</i>	<i>Costo para usted</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	\$3,000	\$2,000 (\$3,000 en TX*)	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
<b>Servicios Preventivos y de Diagnóstico</b>					
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 (D1520)	\$0	50 % (\$0 en TX*)	\$0	\$0	\$0
<b>Restauraciones</b>					
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
<b>Periodoncia</b>					
Gingivectomía, por cuadrante (D4210)	50%	50%	\$10	\$10	\$10
Raspado y alisado radicular, por cuadrante (D4341)	50%	50%	\$5	\$5	\$5
<b>Endodoncia</b>					
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

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR  
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS DENTALES  
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2024**

Visite al sitio web  
[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

<b>BENEFICIOS DENTALES</b> <b>Los Beneficios Dentales no se ofrecen en el Plan Bronce</b>	<b>UNITEDHEALTHCARE</b>				
	<b>DPPO PLAN</b>		<b>COMPENSACIÓN DIRECTA</b>		<b>SOLO DENTRO DE LA RED</b>
<b>REGIONES DISPONIBLES</b>	<b>TODOS LOS ESTADOS</b>		<b>CA - COBERTURA SOLAMENTE DENTRO DE LA RED</b>	<b>NV - COBERTURA SOLAMENTE DENTRO DE LA RED</b>	<b>TODOS LOS DEMÁS ESTADOS**</b>
	<i>Costo para usted</i>		<i>Costo para usted</i>	<i>Costo para usted</i>	<i>Costo para usted</i>
	Dentro de la red	Fuera de la red			
<b>Prostodoncia</b>					
Prótesis superior completa (D5110)	50%	50%	\$140	\$140	\$140
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
<b>Cirugía Maxilofacial</b>					
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
<b>Servicios Generales Complementarios</b>					
Sedación/analgesia intravenosa moderada (sin pérdida de la consciencia), cada incremento de 15 minutos (D9243)	50%	50%	\$5	\$5	\$5
Protección de la mordida (D9943)	50%	50%	\$15	\$15	\$15
Blanqueamiento dental externo de aplicación en el hogar, por arcada (D9972)	No está cubierto	No está cubierto	\$125	\$125	\$125
Consulta con un especialista (D9310)	50%	50%	\$0	\$0	\$0
<b>Ortodoncia, tratamiento completo de bandas (sin incluir radiografías de diagnóstico)</b>					
Menores de edad	50%	50%	\$1,500	\$1,500	50%
Límite de edad	hasta los 19	hasta los 19	hasta los 19 años	hasta los 19 años	hasta los 19
Adulto	50%	50%	\$1,500	\$1,500	50%

\* Los miembros en los siguientes estados tienen un beneficio máximo por persona del año calendario fuera de la red de \$3,000 y pagan \$0 por servicios de diagnóstico y preventivos fuera de la red: Alabama, Luisiana, 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.



**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR  
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS DE LA VISIÓN  
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2024**

Visite al sitio web  
[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

<b>BENEFICIOS DE LA VISIÓN</b>	<b>UNITEDHEALTHCARE</b>
<b>Los beneficios de la visión no se ofrecen en el Plan Bronce</b>	<b>PLAN DE LA VISIÓN</b>
<b>REGIONES DISPONIBLES</b>	<b>TODOS LOS ESTADOS</b>
	<i>Costo para usted</i>
Examen	Copago de \$ 10, una vez cada 12 meses
Gafas graduadas	Copago de \$ 20 para materiales Anteojos por par: una vez cada 12 meses Marcos: una vez cada 24 meses
Lentes de contacto	Copago de \$20, una vez cada 12 meses
Gafas de protección	El beneficio incluye cobertura para un par de lentes de protección para el empleado. El beneficio incluye \$60 de marcos minoristas para paracos de protección, lentes de policarbonato y protectores laterales están cubiertos bajo este beneficio. Este es un beneficio solo dentro de la red. El empleado de estar inscrito en plan integral para recibir el beneficio de protección del plan.