



Activo

2025 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.

EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2025

Visite al sitio web
www.carpenterssw.org

Notas del plan del PPO: solo se usan los "cargos permitidos" para determinar los beneficios según el Plan 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 dólares específicamente dólares 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. 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 2025**

Visite al sitio web
www.carpenterssw.org

BENEFICIOS MÉDICOS	SOUTHWEST CARPENTERS			
	PLAN PPO COPAGO		PLAN DE BRONCE	
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS		AZ, NM, CO, UT, NV, CA, WA, OR, ID, MT	
	<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
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
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
Hospital				
Paciente hospitalizado	\$500 por admisión	50%	20%	50%
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)
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%	20%	20%
Servicios de Ambulancia	\$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%	Sin cargo; no se aplica el deducible	50%
Examen físico, exámenes de detección, análisis de laboratorio y otras pruebas y vacunas	Sin cargo	50%	Sin cargo; no se aplica el deducible	50%
Médico				
Cirugía para pacientes hospitalizados	Sin cargo para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	50%	20%	50%

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2025**

Visite al sitio web
www.carpenterssw.org

BENEFICIOS MÉDICOS	SOUTHWEST CARPENTERS			
	PLAN PPO COPAGO		PLAN DE BRONCE	
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS		AZ, NM, CO, UT, NV, CA, WA, OR, ID, MT	
	<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)
Visitas al hospital	Sin cargo para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	50%	20%	50%
Visitas a consultorios	\$15 para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	50%	20%	50%
Segunda opinión quirúrgica de un especialista	\$30 por visita	50%	Sin cargo hasta \$150; no se aplica el deducible	50%
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); 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	
Radiografías, análisis de laboratorio de diagnóstico (ambulatorio), resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía de emisión de positrones	\$30 por visita	50%	20%	50%
Equipo médico duradero y aparatos correctores	\$30 por artículo	50%	20%	50%
Audífonos	\$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	
Atención médica/de enfermería (en el hogar)	\$30 por visita	50%	20%	50%
Quiropráctico	\$15 por visita	50%	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	50%	20%	50%
	Dentro y fuera de la red limitado a 20 visitas por año		Dentro y fuera de la red limitado a 20 visitas por año	
Terapia del habla (paciente ambulatorio de corto plazo)	\$15 por visita	50%	20%	50%
	Dentro y fuera de la red limitado a 130 visitas de por vida		Dentro y fuera de la red limitado a 130 visitas de por vida	
Alcoholismo y drogadicción				
Paciente hospitalizado	\$500 por visita	50%	20%	50%
Servicios de salud mental	\$15 por visita	50%	20%	50%

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2025**

Visite al sitio web
www.carpenterssw.org

BENEFICIOS MÉDICOS	SOUTHWEST CARPENTERS			
	PLAN PPO COPAGO		PLAN DE BRONCE	
<i>REGIONES DISPONIBLES</i>	<i>TODOS LOS ESTADOS</i>		<i>AZ, NM, CO, UT, NV, CA, WA, OR, ID, MT</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
Salud mental				
Internación mental en hospital	\$500 por visita	50%	20%	50%
Paciente ambulatorio	\$15 por visita	50%	20%	50%
Otros suministros y servicios cubiertos	Se pueden aplicar diferentes copagos	50%	20%	50%

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2025**

Visite al sitio web
www.carpenterssw.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%	20%	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	\$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	Sin cargo para médico de atención primaria, especialista y atención prenatal/para bebés	Sin cargo para médico de atención primaria, especialista y atención prenatal/para bebés	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	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Médico				
Cirugía para pacientes hospitalizados	20%	20%	20%	20%
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%

**EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2025**

Visite al sitio web
www.carpenterssw.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>
Visitas a consultorios	\$20 para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	\$20 para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	\$20 para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista	\$20 para proveedor no especialista, \$30 para proveedor especialista
Segunda opinión quirúrgica de un especialista	\$30 por visita (dentro de Kaiser)	\$30 por visita (dentro de Kaiser)	\$30 por visita (dentro de Kaiser)	\$30 por visita (dentro de Kaiser)
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	\$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	\$50 por procedimiento, no se aplica el deducible
Equipo médico duradero y aparatos correctores	20%, no se aplica el deducible	20%	Sin cargo	20%, no se aplica el deducible
Audífonos	Sin cargo; sujeto a un beneficio máximo de \$1,000 por aparato, un aparato por oído cada 36 meses	Sin cargo; sujeto a un beneficio máximo de \$1,000 por aparato, un aparato por oído cada 36 meses	Subsidio de \$3,000 por oreja	Subsidio de \$3,000 por oreja
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 120 visitas por año	Sin cargo, no se aplica el deducible; limitado a 130 visitas por año
Quiropráctico	\$15 por visita; limite de 20 visitas por un periodo de 12 meses	\$20 por visita; limitado a 20 visitas por año	\$20 por visita; limitado a 12 visitas por año	\$20 por visita; limitado a 10 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 2025**

Visite al sitio web
www.carpenterssw.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>
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; limitado a 60 visitas por año	\$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; limitado a 60 visitas por año	\$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	Se pueden aplicar diferentes copagos	Se pueden aplicar diferentes copagos	Se pueden aplicar diferentes copagos	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 2025**

Visite al sitio web
www.carpenterssw.org

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS	SOUTHWEST CARPENTERS	KAISER
	PLAN PPO	PLAN HMO
REGIONES DISPONIBLES	<i>Plan PPO Copago: TODOS LOS ESTADOS 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.

EL FIDECOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR
COMPARACIÓN DE BENEFICIOS DENTALES
PARA PARTICIPANTES ACTIVOS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2025

Visite al sitio web
www.carpenterssw.org

BENEFICIOS DENTALES	UNITEDHEALTHCARE	
Los Beneficios Dentales no se ofrecen en el Plan Bronce	DPPO PLAN	
REGIONES DISPONIBLES	TODOS LOS ESTADOS	
	<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
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)	50%	50%
Tratamiento de emergencia / servicios generales	50%	50%
Extracciones simples	50%	50%
Cirugía oral (incluyendo extracciones quirúrgicas)	50%	50%
Periodoncia	50%	50%
Endodoncia	50%	50%
Servicios Mayores		
Incrustaciones y coronas	50%	50%
Dentaduras postizas y prótesis desmontables	50%	50%
Prótesis parciales fijas (puentes)	50%	50%
Servicios Ortodoncia		
Diagnosticar o corregir la desalineación de los dientes o la mordida	50%	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.

**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 2025**

Visite al sitio web
www.carpenterssw.org

BENEFICIOS DE LA VISIÓN	VSP
Los beneficios de la vision no se ofrecen en el Plan Bronce	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 estáos tintesy el re vestimiento 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