



Active

2026 Health Plan Benefits

"At a Glance"

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

Note: This document constitutes only a brief summary of the benefits available. Refer to your Summary Plan Description Book (SPD) or HMO Evidence of Coverage document available on the CSAC website at csacbenefits.org.

**WESTERN STATES CARPENTERS HEALTH AND WELFARE PLAN
COMPARISON OF BENEFITS
FOR ACTIVE PARTICIPANTS AS OF JANUARY 1, 2026**

Visit us at csacbenefits.org

Medical PPO Plan Notes: Only “allowed charges” are used in determining benefits under the Medical PPO Plan. “Allowed Charge” means:

- For a PPO provider, the negotiated fee/rate in the agreement between the participating network, the provider contract rates, and Plan benefits; or
- For a Non-PPO provider (out-of-network), Allowed Charge amount means the schedule that lists the dollar amounts the Plan has determined it will allow for eligible Medically Necessary covered services or supplies performed by Non-Network providers. Allowed amounts are based on a few factors including geographic location of provider and type of service.

The Plan will pay 100% of Allowed Charges once the amount that any individual or family pays for covered services reaches the Out-of-Pocket Maximum. The plan participant is responsible for paying their cost share, which is generally a copayment. Refer to the Summary Plan Description book for more information.

Out-of-network emergency room visits are paid at the in-network benefit level if treatment is due to a medical condition (including a mental health or substance use disorder) manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that a prudent layperson, who possesses an average knowledge of health and medicine, could reasonably expect the absence of immediate medical attention to result in serious impairment to bodily functions, serious dysfunction of any bodily organ or part, or placing the health of a woman or her unborn child in serious jeopardy various types of serious harm.

THIS IS ONLY A SUMMARY: The benefits outlined in this document are only a partial summary of benefits. Please refer to the applicable Evidence of Coverage (EOC) document or Summary Plan Description (SPD) book for prior-authorization requirements and specific restrictions, exclusions, and limitations as well as a more extensive list of services. The copayments are applicable for covered services received as described in the EOC, however, the Trust's eligibility rules, as detailed in the Summary Plan Description book issued by the Trust, apply to all active eligible participants, even those enrolled in an HMO Plan. All charges associated with non-covered services or denied claims will be the member's responsibility.

We encourage you to visit us online at csacbenefits.org. Our website provides useful information on benefits, eligibility rules, links to provider networks, forms for changes in family status and much, much more.

WESTERN STATES CARPENTERS HEALTH AND WELFARE PLAN
COMPARISON OF MEDICAL BENEFITS
FOR ACTIVE PARTICIPANTS AS OF JANUARY 1, 2026

Visit us at csacbenefits.org

MEDICAL BENEFITS	WESTERN STATES CARPENTERS			
	PPO COPAY PLAN		BRONZE PLAN	
REGIONS AVAILABLE	ALL STATES		AZ, NM, CO, UT, NV, CA, WA, OR, ID, MT	
	In-Network – Your Cost	Out-of-Network – Plan Pays	In-Network – Your Cost	Out-of-Network – Plan Pays
Calendar Year Deductible – the deductible applies to all medical benefits unless otherwise stated (Self-Only / Combined Family Maximum)	None	\$500 / \$1,500	\$3,000 / \$6,000	\$10,000 / \$20,000
Calendar Year Out-of-Pocket Maximum (includes deductibles and most copays & coinsurance) (Self-Only / Combined Family Maximum)	\$2,500 / \$5,000	None except for emergency	\$5,600 / \$11,200	None except for emergency
Hospital				
Inpatient	\$500 per admission	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Outpatient surgery	\$250 per surgery	50% of allowed amount (\$5,000 max allowable per session)	20%	50% of allowed amount (\$5,000 max allowable per session)
Emergency room (copay waived if admitted)	\$250 per visit	\$250 per visit, deductible does not apply (50% if not true emergency)	\$250 per visit then 20%	\$250 per visit then 20% (50% if not true emergency)
Urgent Care	\$50 per visit	50% of allowed amount	20%	20% of allowed amount
Online Virtual Visits with licensed medical professional using Teladoc	\$5 per visit	\$5 per visit	\$5 per visit	\$5 per visit
Ground Ambulance Services-emergency transport	\$100 per trip	\$100 per trip, deductible does not apply	\$100 per trip, deductible does not apply	\$100 per trip, deductible does not apply
Extended Care Facility	\$500 per admission	\$500 per admission	None for first 30 days, 20% thereafter for room and board and 20% for other services, 180-day limit per disability	
Preventive Services – all preventive services and tests with an A or B rating from the U.S. Preventive Services Task Force are covered (additional tests may be covered as required by federal law)				
Preventive Care Office Visit	None	50% of allowed amount	None, deductible does not apply	50% of allowed amount
Physical Exam, Screenings, Laboratory and Other Tests & Immunizations	None	50% of allowed amount	None, deductible does not apply	50% of allowed amount
Physician				
Surgery – Inpatient	None for non-specialist, \$30 for specialist	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Surgery – Outpatient	None for non-specialist, \$30 for specialist	50% of allowed amount (\$3,500 max allowable per session)	20%	50 of allowed amount % (\$3,500 max allowable per session)

WESTERN STATES CARPENTERS HEALTH AND WELFARE PLAN
COMPARISON OF MEDICAL BENEFITS
FOR ACTIVE PARTICIPANTS AS OF JANUARY 1, 2026

Visit us at csacbenefits.org

MEDICAL BENEFITS	WESTERN STATES CARPENTERS			
	PPO COPAY PLAN		BRONZE PLAN	
REGIONS AVAILABLE	ALL STATES		AZ, NM, CO, UT, NV, CA, WA, OR, ID, MT	
	In-Network- Your Cost	Out-of-Network – Plan Pays	In-Network – Your Cost	Out-of-Network – Plan Pays
Hospital Visits	None for non-specialist, \$30 for specialist	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Office Visits	\$15 for non-specialist, \$30 for specialist	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Second Surgical Opinion from a Specialist	\$30 per visit	50% of allowed amount	None up to \$150, deductible does not apply	50% of allowed amount
Maternity	Same as any illness (certain pregnancy-related services are covered under Preventive Services benefit at 100% in-network and 50% out-of-network); No coverage for Dependent child who becomes pregnant.		Same as any illness (certain pregnancy-related services are covered under Preventive Services benefit at 100% in-network and 50% out-of-network); No coverage for Dependent child who becomes pregnant.	
Diagnostic X-ray, Lab (Outpatient), MRI, CT, and PET scans	\$30 per visit	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Durable Medical Equipment and Corrective Appliances	\$30 per item	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Hearing Aids – External	\$30; subject to a \$1,000 max benefit per ear every 24 months		After deductible met, Plan pays 50% of the allowed amount	
Home Health Care/Nursing Care (at home)	\$30 per visit	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Chiropractor/Spinal Manipulation	\$15 per visit In- & Out-of-Network limited to 24 visits per year	50% of allowed amount	All charges in excess of \$10 benefit per visit, limited to 24 visits per year	
Physical Therapy (short-term outpatient)	\$15 per visit In- & Out-of-Network limited to 20 visits per year	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Speech Therapy (short-term outpatient restorative cases only-refer to Exclusions and Limitations in the SPD for details)	\$15 per visit In- & Out-of-Network limited to 130 visits per lifetime	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Acupuncture	\$15 per visit In- & Out-of-Network limited to 20 sessions per calendar year	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Alcoholism & Drug Addiction				
Inpatient	\$500 per visit	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Outpatient	\$15 per visit	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Mental Health				
Inpatient Hospital	\$500 per visit	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Outpatient	\$15 per visit	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount
Other Covered Services and Supplies	Varying cost share may apply	50% of allowed amount	20%	50% of allowed amount

WESTERN STATES CARPENTERS HEALTH AND WELFARE PLAN
COMPARISON OF MEDICAL BENEFITS
FOR ACTIVE PARTICIPANTS AS OF JANUARY 1, 2026

Visit us at csacbenefits.org

MEDICAL BENEFITS	KAISER			
	HEALTH PLAN			
REGIONS AVAILABLE	CA	CO	NW	WA
	<i>Your Cost</i>	<i>Your Cost</i>	<i>Your Cost</i>	<i>Your Cost</i>
Calendar Year Deductible – the deductible applies to all medical benefits unless otherwise stated (Self-Only / Family Max)	\$250 / \$500	\$250 / \$500	\$250 / \$500	\$250 / \$500
Calendar Year Out-of-Pocket Maximum (includes deductibles and most copays & coinsurance) (Self-Only / Family)	\$3,000 / \$6,000	\$3,000 / \$6,000	\$3,000 / \$6,000	\$3,000 / \$6,000
Hospital				
Inpatient	20%	20%	20%	20%
Outpatient surgery	20%	\$500 in a Plan Ambulatory Surgery Center (ASC)	20%	20%
Emergency room (copay waived if admitted)	20%	20%	20%	20%
Urgent Care	\$20 per visit, deductible does not apply	\$20 per visit	\$20 per visit, deductible does not apply	\$20 per visit, deductible does not apply
Ambulance Services	\$150 per trip	\$150 per trip, deductible does not apply	\$150 per trip, deductible does not apply	\$150 per trip
Extended Care Facility	20%; limited to 100 days per benefit period	20%; limited to 100 days per benefit period	20%; limited to 100 days per benefit period	20%; limited to 100 days per benefit period
Preventive Services – all preventive services and tests with an A or B rating from the U.S. Preventive Services Task Force are covered (additional tests may be covered as required by federal law)				
Preventive Care Office Visit	None for primary care physician, specialist and well-baby/prenatal care, deductible does not apply	None for primary care physician, specialist and well-baby/prenatal care, deductible does not apply	None for primary care physician, specialist and well-baby/prenatal care, deductible does not apply	None for primary care physician, specialist and well-baby/prenatal care, deductible does not apply
Physical Exam, Screenings, Laboratory and Other Tests & Immunizations	None, deductible does not apply	None, deductible does not apply	None, deductible does not apply	None, deductible does not apply
Physician				
Surgery – Inpatient	20%	20%	20%	20%
Surgery – Outpatient	20%	\$500 in a Plan Ambulatory Surgery Center (ASC)	20%	20%
Hospital Visits	20%	20%	20%	20%
Office Visits	\$20 for non-specialist, \$30 for specialist, deductible does not apply	\$20 for non-specialist, \$30 for specialist, deductible does not apply	\$20 for non-specialist, \$30 for specialist, deductible does not apply	\$20 for non-specialist, \$30 for specialist, deductible does not apply
Second Surgical Opinion from a Specialist	\$30 per visit (within Kaiser), deductible does not apply	\$30 per visit (within Kaiser), deductible does not apply	\$30 per visit (within Kaiser), deductible does not apply	\$30 per visit (within Kaiser), deductible does not apply

WESTERN STATES CARPENTERS HEALTH AND WELFARE PLAN
COMPARISON OF MEDICAL BENEFITS
FOR ACTIVE PARTICIPANTS AS OF JANUARY 1, 2026

Visit us at csacbenefits.org

MEDICAL BENEFITS	KAISER			
	HEALTH PLAN			
REGIONS AVAILABLE	CA	CO	NW	WA
	<i>Your Cost</i>	<i>Your Cost</i>	<i>Your Cost</i>	<i>Your Cost</i>
Maternity	Same as any illness (certain pregnancy-related services are covered under Preventive Services benefit with no copay)	Same as any illness (certain pregnancy-related services are covered under Preventive Services benefit with no copay)	Same as any illness (certain pregnancy-related services are covered under Preventive Services benefit with no copay)	Same as any illness (certain pregnancy-related services are covered under Preventive Services benefit with no copay)
Diagnostic X-ray & Lab (Outpatient)	\$10 per encounter	X-ray and lab in medical office - No charge, deductible does not apply Lab in hospital: 20%	\$10 per encounter, deductible does not apply	\$10 per encounter, deductible does not apply
MRI, CT, and PET scans	20% up to a maximum of \$50 per procedure	\$50 per procedure, deductible does not apply	\$50 per procedure, deductible does not apply	\$50 per procedure, deductible does not apply
Durable Medical Equipment and Corrective Appliances	20%, deductible does not apply	20%	None, deductible does not apply	20%, deductible does not apply
Hearing Aids	None, deductible does not apply; subject to a \$1,000 max benefit per device, 1 device per ear and 2 devices every 36 months	None, deductible does not apply; subject to a \$1,000 max benefit per device, 1 device per ear and 2 devices every 36 months	None, deductible does not apply; \$3,000 allowance per ear every 36 months	None, deductible does not apply; \$3,000 allowance per ear every 36 months
Home Health Care/Nursing Care (at home)	None, deductible does not apply; limited to 100 visits per year	None, deductible does not apply; limited to 100 visits per year	None, deductible does not apply; limited to 130 visits per year	None, deductible does not apply; limited to 130 visits per year
Chiropractor	\$15 per visit, deductible does not apply; limited to 20 visits per 12-month period	\$20 per visit, deductible does not apply; limited to 20 visits per year	\$20 per visit, deductible does not apply; limited to 12 visits per year	\$20 per visit, deductible does not apply; limited to 10 visits per year
Physical Therapy (short-term outpatient)	\$20 per visit	\$20 per visit; limited to 20 visits per year per type of therapy	\$20 per visit, deductible does not apply; limited to 20 visits per year per type of therapy	\$20 per visit
Speech Therapy (short-term outpatient)	\$20 per visit	\$20 per visit, limited to 20 visits per year per type of therapy	\$20 per visit, deductible does not apply; limited to 20 visits per year per type of therapy	\$20 per visit

WESTERN STATES CARPENTERS HEALTH AND WELFARE PLAN
COMPARISON OF MEDICAL BENEFITS
FOR ACTIVE PARTICIPANTS AS OF JANUARY 1, 2026

Visit us at csacbenefits.org

MEDICAL BENEFITS	KAISER			
	HEALTH PLAN			
REGIONS AVAILABLE	CA	CO	NW	WA
	<i>Your Cost</i>	<i>Your Cost</i>	<i>Your Cost</i>	<i>Your Cost</i>
Alcoholism & Drug Addiction				
Inpatient	20%	20%	20%	20%
Outpatient	\$20 per visit (\$5 for group session), deductible does not apply	\$20 per visit (\$5 for group session), deductible does not apply	\$20 per visit (\$10 for group session), deductible does not apply	\$20 per visit (\$5 for group session), deductible does not apply
Mental Health				
Inpatient Hospital	20%	20%	20%	20%
Outpatient	\$20 per visit (\$10 for group session), deductible does not apply	\$20 per visit (\$10 for group session), deductible does not apply	\$20 per visit (\$10 for group session), deductible does not apply	\$20 per visit (\$10 for group session), deductible does not apply
Other Covered Services and Supplies Including Infertility Services (contact Kaiser Member Services for coverage details which may vary by State)	Varying cost share may apply	Varying cost share may apply	Varying cost share may apply	Varying cost share may apply

WESTERN STATES CARPENTERS HEALTH AND WELFARE PLAN
COMPARISON OF MEDICAL BENEFITS
FOR ACTIVE PARTICIPANTS AS OF JANUARY 1, 2026

Visit us at csacbenefits.org

PRESCRIPTION DRUG BENEFITS	WESTERN STATES CARPENTERS	KAISER
	PPO PLANS	HMO PLAN
REGIONS AVAILABLE	PPO Copay Plan: ALL STATES Bronze Plan: AZ, NM, CO, UT, NV, CA, WA, OR, ID, MT	CA & CO & NW & WA
	<i>Your Cost</i>	<i>Your Cost</i>
Calendar Year Deductible	None	None
Calendar Year Out-of-Pocket Maximum (includes deductibles and most copays & coinsurance) (Self-Only / Family)	Network pharmacy or mail service – \$1,000 / \$2,000 Non-Network pharmacy – None	Medical Benefits Out-of-Pocket Maximum is a combined maximum for medical & prescription drug benefits
Retail Network Pharmacy	30-day supply You pay the lower of the cost of the drug or the copay	30-day supply
Generic	\$10; \$0 for prescription contraceptives	\$10; \$0 for prescription contraceptives
Formulary Brand	\$40*	\$30
Non-Formulary	\$60*	Specialty/Brand/Generic copays apply when medically necessary
Specialty	\$50	20%, not to exceed \$250
Limit on Maintenance Medication at Retail	One refill, then you pay 100% if you continue to have it dispensed at a retail pharmacy	No limit
Mail Order	90-day supply	CA: 100-day supply; CO, NW, WA: 90-day supply
Generic	\$25; \$0 for prescription contraceptives	\$20; \$0 for prescription contraceptives
Formulary Brand	\$100	\$60
Non-Formulary	\$150	Specialty/Brand/Generic copays apply when medically necessary

*Note: If a Generic is available, and you or your doctor indicate, “Do not substitute” on the prescription, you will be charged the Brand copay, plus the difference in cost between the Generic and the Brand drug.

WESTERN STATES CARPENTERS HEALTH AND WELFARE PLAN
COMPARISON OF PRESCRIPTION BENEFITS
FOR ACTIVE PARTICIPANTS AS OF JANUARY 1, 2026

Visit us at csacbenefits.org

DENTAL BENEFITS	UNITEDHEALTHCARE	
	DPPO PLAN	
REGIONS AVAILABLE	ALL STATES	
	Your Cost	
	In-Network*	Out-of-Network**
Calendar Year Deductible (Individual / Family); does not apply to Diagnostic & Preventive Services	\$50 / \$150	\$50 / \$150
Calendar Year Benefit Maximum Per Person	\$3,000	\$2,000
Orthodontic Lifetime Benefit Maximum	\$2,000	
Diagnostic Services		
Periodic Oral Evaluation	\$0	50%
Radiographs	\$0	50%
Lab and Other Diagnostic Tests	\$0	50%
Preventive Services		
Prophylaxis (Cleaning)	\$0	50%
Fluoride Treatment (Preventive)	\$0	50%
Sealants	\$0	50%
Space Maintainers	\$0	50%
Basic Services		
Restorations (Amalgams or Composite)	20%	50%
Emergency Treatment/General Services	20%	50%
Simple Extractions	20%	50%
Oral Surgery (incl. surgical extractions)	20%	50%
Periodontics	20%	50%
Endodontics	20%	50%
Major Services		
Inlays/Onlays/Crowns	20%	50%
Dentures and Removable Prosthetics	20%	50%
Fixed Partial Dentures (Bridges)	20%	50%
Orthodontic Services		
Diagnose or correct misalignment of the teeth or bite	20%	50%

* The network percentage of benefits is based on the discounted fees negotiated with the provider.

** The non-network percentage of benefits is based on the usual and customary fees in the geographic areas in which the expenses are incurred.

WESTERN STATES CARPENTERS HEALTH AND WELFARE PLAN
COMPARISON OF VISION BENEFITS
FOR ACTIVE PARTICIPANTS AS OF JANUARY 1, 2026

Visit us at csacbenefits.org

VISION BENEFITS	VSP
	Vision Plan
<i>REGIONS AVAILABLE</i>	<i>ALL STATES</i>
	<i>Your Cost</i>
Exam	\$0 copay
Prescription Glasses	Lenses Per Pair: \$0 copay, Once Every 12 Months Frames: \$150 allowance, Once Every 12 Months Lens Enhancements: Anti-reflective coating, polycarbonate, standard progressives, tints/dyes, and scratch-resistant coating are covered
Contact Lenses	Exam: up to \$60 copay Elective contact lenses in lieu of lenses or frames: \$150 allowance
Safety Glasses	Benefit includes coverage for a pair of safety glasses for the employee. Employee must be enrolled in the comprehensive plan to get the safety plan benefits. Lenses Per Pair: \$0 copay, Once Every 12 Months Frames: Once every 24 Months. \$60 frame allowance toward any safety frame from a VSP doctor, or covered in full safety frame from ProTec Eyewear® Collection, or covered in full safety frame from any Visionworks location Lens Enhancements: polycarbonate lenses are covered

**WESTERN STATES CARPENTERS HEALTH AND WELFARE PLAN
SUPPLEMENTAL BENEFITS
FOR ACTIVE PARTICIPANTS AS OF JANUARY 1, 2026**

Visite al sitio web csacbenefits.org

Benefit	Contact for Assistance	Benefit Description
CancerNavigator (PPO Only)	www.cancernavigator.com/wscarpenters (213) 657-5282	Cancer support program. Connect directly with an Oncology Nurse Navigator to discuss diagnosis and recommended treatment options, talk through decisions for care, receive support and counseling, and learn which centers and providers are near the patient, in-network, and are well-equipped to treat specific cancers. Program offered at no cost to eligible Participants and Enrolled Dependents.
Sword Health (PPO Only)	https://meet.swordhealth.com/westerncarpenters (888) 346-0476	Digital customized physical therapy at home on your schedule. Targets chronic musculoskeletal pain, pain prevention, and injury avoidance. Program offered at no cost to eligible Participants and Enrolled Dependents.
Nimble Health (PPO Only)	www.Nimble-Health.com (833) 844-8556	Concierge program for musculoskeletal conditions (e.g. knee, shoulder, neck). Offers clinical decision support, care navigation, and concierge scheduling to high quality providers for advanced imaging, pain management, physical therapy, second opinion, or surgery. Program offered at no cost to eligible Participants and Enrolled Dependents.
Virta Health (PPO Only)	www.virtahealth.com/join/swc	Guided nutrition program offering support to manage diabetes, reverse Type 2 diabetes or prediabetes, and weight loss. Program offered without cost to eligible Participants and Enrolled Dependents.
ComPsych Carpenters Assistance Program (PPO & Kaiser)	www.guidanceresources.com WEB ID: SWCCAP (833) 792-2271	Free, confidential mental health assistance, available 24/7. Offers up to 5 free counseling sessions, per participant per event, with a licensed clinician, in addition to legal and financial resources, and work-life solutions. Program offered at no cost to eligible Participants and Enrolled Dependents.
Western States Carpenters Health Reimbursement Arrangement (HRA) (PPO & Kaiser)	Account balances or Claims: www.theharrisongrouponline.com/wschr (855) 972-4721	Health Reimbursement Arrangement (HRA) for participants working under a Collective Bargaining Agreement that requires contributions to the HRA. HRA balance can be used to pay for eligible health-related expenses (e.g. copays, deductible, and more).

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 costo 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.theharrisingrouponline.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).

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

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 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 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 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; subsidio de \$3,000 por oído cada 36 meses	Sin cargo, no se aplica el deducible; subsidio de \$3,000 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>
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	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	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	50% de la cantidad permitida	Todos los cargos que excedan el beneficio de \$10 por visita; limitado a 24 visitas por año	
	Dentro y fuera de la red limitado a 24 visitas por año			
Fisioterapia (paciente ambulatorio de corto plazo)	\$15 por visita	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
	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 (solo casos restaurativos ambulatorios a corto plazo; consulte las Exclusiones y Limitaciones en el SPD para más detalles)	\$15 por visita	50% de la cantidad permitida	20%	50% de la cantidad permitida
	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	

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	\$100 por viaje; no se aplica el deducible	\$100 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

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.



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.