

### Lista de beneficios

| CENTRO DE BIENESTAR BENEFICIO / TARIFAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | TÚ PAGAS                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>MÉDICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |
| <b>Todas las visitas programadas al proveedor</b><br><i>Incluye atención preventiva, manejo de condiciones, procedimientos, quiropráctico, terapia de masaje médico (solo referencia de proveedores del centro de bienestar), fisioterapia, coaching, asesoramiento, audiología</i>                                                                                                                                                         | 0 \$                      |
| <b>Equipo médico duradero (DME)</b><br><i>Incluye, entre otros, muletas, aparatos ortopédicos, férulas y botas</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$20                      |
| <b>Exámenes de audición</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0 \$                      |
| <b>Auditivo</b><br><i>El participante único beneficiario ; cada cinco años</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$150 por alternante      |
| <b>Pedidos internos de laboratorio y/o rayos X</b><br><i>Ordenado por los proveedores del centro de bienestar</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 0 \$                      |
| <b>Pedidos externos de laboratorio y/o rayos X</b><br><i>Cuando un paciente <u>no es</u> un paciente de atención primaria con un proveedor de un centro de bienestar, las citas de laboratorio y las radiografías realizadas incurrirán en una tarifa por el servicio cuando lo solicite un proveedor externo. Todos los pedidos externos de laboratorio y rayos X deben revisarse para determinar su complejidad antes de programarlos</i> | \$20                      |
| <b>Tarifas por no presentarse</b><br><i>"No presentarse" se refiere a un paciente con una cita programada que no se comunica con el departamento de bienestar al menos 10 minutos antes y falta a la cita (más de 10 minutos tarde).</i>                                                                                                                                                                                                    | \$20                      |
| <b>FARMACIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |
| <b>Todas las recetas de medicamentos del formulario</b><br><i>Un formulario es la lista de medicamentos recetados genéricos y de marca cubiertos por el plan de salud.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0 \$                      |
| <b>Recetas de medicamentos fuera del formulario</b><br><i>Medicamentos recetados que no están cubiertos por el plan de salud porque se ha demostrado que una alternativa es igual de eficaz, segura y menos costosa.</i>                                                                                                                                                                                                                    | Costo de los medicamentos |

## Programa de beneficios del Carpenters Wellness Center de San Luis

| VISION                                                                                                                     |                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Examen completo de la vista                                                                                                | 0 \$                                                                                                                                                 |
| Pruebas previas e imágenes de la retina                                                                                    | 0 \$                                                                                                                                                 |
| Marcos<br><i>Cada 24 meses</i>                                                                                             | Copago de \$25 por materiales (armazón/lentes)<br>Usted paga el 20% del saldo > \$200<br>O > \$220 armazón de marca destacada                        |
| Lentes<br><i>Cada año calendario</i>                                                                                       | \$25 Materiales (armazón/lentes)<br>Copago                                                                                                           |
| Mejoras en la lente<br><i>Cada año calendario</i><br>Estándar Progresivo<br>Progresivo Premium<br>Progresivo personalizado | Usted paga el saldo<br>el Plan paga 100%<br>el Plan paga \$95-105<br>el Plan paga \$150-175                                                          |
| Lentes de contacto en lugar de gafas<br><i>Cada año calendario</i>                                                         | \$25                                                                                                                                                 |
| Lentes de contacto, optativas<br><i>Cada año calendario</i>                                                                | <i>Usted/paga balance</i><br>el Plan paga \$150                                                                                                      |
| Monturas de seguridad, lentes estándar incluidas<br><i>Beneficio exclusivo del participante, cada 24 meses</i>             | \$25 Copago<br>el Plan cubre colección de Protec;<br>asignación del Plan de \$65 para el armazón de seguridad fuera de Protec.<br>Usted paga balance |