



Resumen de los beneficios médicos y farmacéuticos

Año del plan 2023-2024

Índice:

- Beneficios médicos y farmacéuticos1
- Planes de Kaiser Permanente.....1
- Planes de Moda Health 1–4.....3
- Planes de Moda Health 5–7.....6
- Beneficios dentales9
- Beneficios oftalmológicos.....10



[Consulte el manual del plan para obtener más detalles.](#)

No hay un máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red de Kaiser Permanente		Plan médico 2A Red de Kaiser Permanente		Plan médico 2B Red de Kaiser Permanente		Plan médico 3 Red de Kaiser Permanente <i>Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account (HSA, por sus siglas en inglés)) opcional</i>	
	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Deducible por persona	Ninguno	N/A	\$800	N/A	\$1,200	N/A	\$1,600 ²	N/A
Deducible máximo por familia	Ninguno	N/A	\$2,400	N/A	\$3,600	N/A	\$3,200 ²	N/A
Máximo de gastos extra (Out-of-pocket (OOP, por sus siglas en inglés)) por persona	\$1,500	N/A	\$4,000	N/A	\$4,500	N/A	\$6,550 ²	N/A
Máximo de gastos extra (OOP, por sus siglas en inglés) por familia	\$3,000	N/A	\$12,000	N/A	\$13,500	N/A	\$13,100 ²	N/A
Servicios de atención médica preventiva								
Exámenes de rutina para adultos, mujeres y de bienestar infantil; evaluación anual de obesidad y vacunas.	\$0	No está cubierto	\$0 ¹	No está cubierto	\$0 ¹	No está cubierto	\$0 ¹	No está cubierto
Visitas al consultorio y atención virtual								
Visitas al consultorio de atención primaria	\$20	No está cubierto	\$25 ¹	No está cubierto	\$30 ¹	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Visitas al consultorio de atención primaria con un proveedor diferente al proveedor PCP 360 de su elección (solo planes de Moda)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Incentivo para visitas al consultorio de atención médica (solo planes de Moda)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Atención virtual (planes de Kaiser) / Telesalud de CirrusMD (planes de Moda)	\$0	No está cubierto	\$0 ¹	No está cubierto	\$0 ¹	No está cubierto	\$0 después del deducible	No está cubierto
Visitas al consultorio del especialista	\$30	No está cubierto	\$35 ¹	No está cubierto	\$40 ¹	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Atención de urgencia	\$35	Consulte el manual del plan	\$40 ¹	Consulte el manual del plan	\$45 ¹	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	Consulte el manual del plan
Servicios para la salud mental y la dependencia de sustancias químicas								
Visitas al consultorio de salud mental	\$20	No está cubierto	\$25 ¹	No está cubierto	\$30 ¹	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Servicios residenciales y de hospitalización por salud mental	\$100 por día, hasta un máximo de \$500 por admisión	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Servicios para la dependencia de sustancias químicas (servicios de ambulatorios o residenciales)	\$0	No está cubierto	\$0 ¹	No está cubierto	\$0 ¹	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Servicios para la dependencia de sustancias químicas (servicios de hospitalización)	\$0	No está cubierto	\$0 ¹	No está cubierto	\$0 ¹	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Servicios para pacientes ambulatorios								
Cirugía ambulatoria/centro de atención hospitalaria	\$75	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Rehabilitación ambulatoria (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	\$30 por visita	No está cubierto	\$35 ¹ por visita	No está cubierto	\$40 ¹ por visita	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Pruebas de diagnóstico								
Análisis de laboratorio, radiografías y diagnóstico por imágenes	\$20 por visita	No está cubierto	\$25 ¹ por visita	No está cubierto	\$30 ¹ por visita	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Tomografías computarizadas (TC), imágenes por resonancias magnéticas (IRM), tomografías por emisión de positrones (TEP)	\$20 por visita	No está cubierto	\$25 ¹ por visita	No está cubierto	\$30 ¹ por visita	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Servicios de atención médica alternativa								
Acupuntura y quiropráctica ⁷	\$20 por servicio	No está cubierto	\$25 ¹ por servicio	No está cubierto	\$30 ¹ por servicio	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Visitas al consultorio de naturopatía	\$20 por servicio	No está cubierto	\$25 ¹ por servicio	No está cubierto	\$30 ¹ por servicio	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Atención de maternidad								
Atención de rutina de maternidad	\$0	No está cubierto	\$0 ¹	No está cubierto	\$0 ¹	No está cubierto	\$0 ¹	No está cubierto
Servicios de médicos o parteras y de hospitalización, parto y atención de rutina en la sala de recién nacidos	\$100 por día, hasta un máximo de \$500 por admisión	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Servicios hospitalarios								
Atención/cirugía para pacientes hospitalizados	\$100 por día, hasta un máximo de \$500 por admisión	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	Consulte el manual del plan
Atención en un centro de enfermería especializada	\$0	N/A	20% después del deducible	N/A	20% después del deducible	N/A	20% después del deducible	N/A

No hay un máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red de Kaiser Permanente		Plan médico 2A Red de Kaiser Permanente		Plan médico 2B Red de Kaiser Permanente		Plan médico 3 Red de Kaiser Permanente <i>Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account (HSA, por sus siglas en inglés)) opcional</i>	
	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Nivel de costo adicional								
Solo planes de Moda: \$100 por nivel de costo adicional (Additional Cost Tier (ACT, por sus siglas en inglés)): exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (imágenes por resonancias magnéticas (IRM), tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP)), inyecciones en la columna, amigdalectomías para los miembros menores de 18 años de edad con apnea del sueño o amigdalitis crónica, viscosuplementación, endoscopias superiores, estudios del sueño, discografías lumbares	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Solo planes de Moda: \$500 por nivel de costo adicional (ACT, por sus siglas en inglés): cirugía de columna, reemplazo de rodilla y cadera ³ , artroscopia de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Servicios de emergencia								
Sala de emergencias (el copago se exonera en caso de hospitalización)	\$100 por visita (exonerado en caso de hospitalización)		20% después del deducible		20% después del deducible		20% después del deducible	
Ambulancia	\$75		\$100 ¹		\$100 ¹		20% después del deducible	
Otros servicios cubiertos								
Aparatos auditivos: beneficio máximo de \$4,000 cada 48 meses para adultos, consulte el manual para conocer el beneficio para niños exigido por el estado	10%	No está cubierto	10% ¹	No está cubierto	10% ¹	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment (DME, por sus siglas en inglés))	20%	No está cubierto	20% ¹	No está cubierto	20% ¹	No está cubierto	20% después del deducible	No está cubierto
Servicios de farmacia								
Máximo de gastos extra (Out-of-pocket (OOP, por sus siglas en inglés))	\$1,100: el máximo de medicamentos recetados también se aplica al máximo de gastos médicos extra		\$1,100: el máximo de medicamentos recetados también se aplica al máximo de gastos médicos extra		\$1,100: el máximo de medicamentos recetados también se aplica al máximo de gastos médicos extra		Los medicamentos recetados se aplican al máximo de gastos extra del plan	
Venta al por menor								
Valor	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	\$0 ⁷	N/A
Genérico (planes de Kaiser) / Genérico selecto (planes de Moda)	\$5 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	\$5 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	\$5 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca preferida	\$25 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	\$25 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	\$25 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca no preferida ⁴	\$45 por suministro de 30 días si cumple los criterios	Consulte el manual del plan	\$45 por suministro de 30 días si cumple los criterios	Consulte el manual del plan	\$45 por suministro de 30 días si cumple los criterios	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	Consulte el manual del plan
Por correo postal								
Valor	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Genérico (planes de Kaiser) / Genérico selecto (planes de Moda)	\$10 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	\$10 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	\$10 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca preferida	\$50 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	\$50 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	\$50 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca no preferida ⁴	\$90 por suministro de 90 días si cumple los criterios	Consulte el manual del plan	\$90 por suministro de 90 días si cumple los criterios	Consulte el manual del plan	\$90 por suministro de 90 días si cumple los criterios	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	Consulte el manual del plan
De especialidad								
Genérico (solo planes de Moda)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Genérico selecto (planes de Kaiser) / Marca preferida (planes de Moda)	25% hasta \$100 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	25% hasta \$100 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	25% hasta \$100 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca no preferida ⁴	25% hasta \$100 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	25% hasta \$100 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	25% hasta \$100 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	Consulte el manual del plan

N/A - No aplica

1 Exoneración del deducible.

2 El deducible y el máximo de gastos extra individual se aplican únicamente a la cobertura individual. El deducible y el máximo de gastos extra familiar se aplican cuando dos o más personas están cubiertas por el plan. Este plan también incluye un máximo de gastos extra por miembro, el cual se establece en la cantidad de gastos extra individual. Bajo este plan, se debe cumplir con el deducible antes de recibir el pago de los beneficios (excepto donde 1 indique la exoneración del mismo).

3 Para los planes de Moda, el máximo de gastos extra incluye el deducible médico, los copagos médicos, el coaseguro, los copagos ACT y los gastos de farmacia.

4 Se debe aprobar una excepción a la lista de medicamentos cubiertos para aquellos recetados de marca no preferida.

5 Para recibir beneficios de atención coordinada dentro de la red, usted debe elegir y utilizar un proveedor PCP 360.

6 Para recibir beneficios no coordinados dentro de la red, usted debe utilizar los proveedores de Connexus.

7 Para los planes de Kaiser, la atención de acupuntura está limitada a 12 visitas al año y de quiropráctica a 20 visitas al año. Para los planes de Moda, la atención de acupuntura y la manipulación vertebral están limitadas a 12 visitas combinadas al año. Las visitas al consultorio de acupuntura y de quiropráctica están sujetas al copago y coaseguro del especialista y no se limitan a las 12 visitas combinadas por año del plan.

Este documento es solo para fines de comparación y no pretende describir completamente los beneficios de cada plan. Consulte su manual de miembro para obtener más detalles sobre la cobertura de beneficios. En caso de discrepancia entre esta comparación y su manual de miembro, el manual será el que prevalezca.

No hay un máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red de Connexus			Plan médico 2 Red de Connexus			Plan médico 3 Red de Connexus			Plan médico 4 Red de Connexus		
	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga
Costos por año del plan⁵												
Deducible por persona	\$400	\$500	\$800	\$800	\$900	\$1,600	\$1,200	\$1,300	\$2,400	\$1,600	\$1,700	\$3,200
Deducible máximo por familia	\$1,500	\$1,500	\$2,400	\$2,700	\$2,700	\$4,800	\$3,900	\$3,900	\$7,200	\$5,100	\$5,100	\$9,600
Máximo de gastos extra (Out-of-pocket (OOP, por sus siglas en inglés)) por persona ³	\$2,850	\$3,250	\$6,000	\$3,850	\$4,250	\$8,000	\$4,850	\$5,250	\$10,000	\$6,700	\$7,100	\$13,700
Máximo de gastos extra (OOP, por sus siglas en inglés) por familia ³	\$9,750	\$9,750	\$18,000	\$12,750	\$12,750	\$24,000	\$15,750	\$15,750	\$27,400	\$15,800	\$15,800	\$27,400
Servicios de atención médica preventiva												
Exámenes de rutina para adultos, mujeres y de bienestar infantil; evaluación anual de obesidad y vacunas.	\$0 ¹	\$0 ¹	50% después del deducible	\$0 ¹	\$0 ¹	50% después del deducible	\$0 ¹	\$0 ¹	50% después del deducible	\$0 ¹	\$0 ¹	50% después del deducible
Visitas al consultorio y atención virtual												
Visitas al consultorio de atención primaria	\$20 ^{1,5}	20% después del deducible	50% después del deducible	\$20 ^{1,5}	20% después del deducible	50% después del deducible	\$25 ^{1,5}	25% después del deducible	50% después del deducible	\$25 ^{1,5}	25% después del deducible	50% después del deducible
Visitas al consultorio de atención primaria con un proveedor diferente al proveedor PCP 360 de su elección (solo planes de Moda)	\$40 ¹	N/A	50% después del deducible	\$40 ¹	N/A	50% después del deducible	\$50 ¹	N/A	50% después del deducible	\$50 ¹	N/A	50% después del deducible
Incentivo para visitas al consultorio de atención médica (solo planes de Moda)	\$15 ¹	20% después del deducible	N/A	\$15 ¹	20% después del deducible	N/A	\$20 ¹	25% después del deducible	N/A	\$20 ¹	25% después del deducible	N/A
Atención virtual (planes de Kaiser) / Telesalud de CirrusMD (planes de Moda)	\$0 ¹	\$0 ¹	No está cubierto	\$0 ¹	\$0 ¹	No está cubierto	\$0 ¹	\$0 ¹	No está cubierto	\$0 ¹	\$0 ¹	No está cubierto
Visitas al consultorio del especialista	\$40 ¹	20% después del deducible	50% después del deducible	\$40 ¹	20% después del deducible	50% después del deducible	\$50 ¹	25% después del deducible	50% después del deducible	\$50 ¹	25% después del deducible	50% después del deducible
Atención de urgencia	\$40 ¹	20% después del deducible	20% después del deducible	\$40 ¹	20% después del deducible	20% después del deducible	\$50 ¹	25% después del deducible	25% después del deducible	\$50 ¹	25% después del deducible	25% después del deducible
Servicios para la salud mental y la dependencia de sustancias químicas												
Visitas al consultorio de salud mental	\$20 ¹	\$20 ¹	50% después del deducible	\$20 ¹	\$20 ¹	50% después del deducible	\$25 ¹	\$25 ¹	50% después del deducible	\$25 ¹	\$25 ¹	50% después del deducible
Servicios residenciales y de hospitalización por salud mental	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios para la dependencia de sustancias químicas (servicios ambulatorios o residenciales)	\$20 ¹	\$20 ¹	50% después del deducible	\$20 ¹	\$20 ¹	50% después del deducible	\$25 ¹	\$25 ¹	50% después del deducible	\$25 ¹	\$25 ¹	50% después del deducible
Servicios para la dependencia de sustancias químicas (servicios de hospitalización)	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios para pacientes ambulatorios												
Cirugía ambulatoria/centro de atención hospitalaria	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Rehabilitación ambulatoria (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Pruebas (pacientes ambulatorios)												
Análisis de laboratorio, radiografías y diagnóstico por imágenes	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Tomografías computarizadas (TC), imágenes por resonancias magnéticas (IRM), tomografías por emisión de positrones (TEP)	\$100 de copago + 20% después del deducible	\$100 de copago + 20% después del deducible	\$100 de copago + 50% después del deducible	\$100 de copago + 20% después del deducible	\$100 de copago + 20% después del deducible	\$100 de copago + 50% después del deducible	\$100 de copago + 25% después del deducible	\$100 de copago + 25% después del deducible	\$100 de copago + 50% después del deducible	\$100 de copago + 25% después del deducible	\$100 de copago + 25% después del deducible	\$100 de copago + 50% después del deducible
Servicios de atención médica alternativa⁷												
Acupuntura y quiropráctica ⁷	\$20 ¹	20% después del deducible	50% después del deducible	\$20 ¹	20% después del deducible	50% después del deducible	\$25 ¹	25% después del deducible	50% después del deducible	\$25 ¹	25% después del deducible	50% después del deducible
Visitas al consultorio de naturopatía	\$40 ¹	20% después del deducible	50% después del deducible	\$40 ¹	20% después del deducible	50% después del deducible	\$50 ¹	25% después del deducible	50% después del deducible	\$50 ¹	25% después del deducible	50% después del deducible

No hay un máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red de Connexus			Plan médico 2 Red de Connexus			Plan médico 3 Red de Connexus			Plan médico 4 Red de Connexus		
	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga
Costos por año del plan⁵												
Atención de maternidad												
Atención de rutina de maternidad	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de médicos o parteras y de hospitalización, parto y atención de rutina en la sala de recién nacidos	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios hospitalarios												
Atención/cirugía para pacientes hospitalizados	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Atención en un centro de enfermería especializada	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Nivel de costo adicional												
Solo planes de Moda: \$100 por nivel de costo adicional (Additional Cost Tier (ACT, por sus siglas en inglés)): exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (imágenes por resonancias magnéticas (IRM), tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP)), inyecciones en la columna, amigdalectomías para los miembros menores de 18 años de edad con apnea del sueño o amigdalitis crónica, viscosuplementación, endoscopias superiores, estudios del sueño, discografías lumbares	\$100 de copago + 20% después del deducible	\$100 de copago + 20% después del deducible	\$100 de copago + 50% después del deducible	\$100 de copago + 20% después del deducible	\$100 de copago + 20% después del deducible	\$100 de copago + 50% después del deducible	\$100 de copago + 25% después del deducible	\$100 de copago + 25% después del deducible	\$100 de copago + 50% después del deducible	\$100 de copago + 25% después del deducible	\$100 de copago + 25% después del deducible	\$100 de copago + 50% después del deducible
Solo planes de Moda: \$500 por nivel de costo adicional (ACT, por sus siglas en inglés): cirugía de columna, reemplazo de rodilla y cadera, artroscopia de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	\$500 de copago + 20% después del deducible	\$500 de copago + 20% después del deducible	\$500 de copago + 50% después del deducible	\$500 de copago + 20% después del deducible	\$500 de copago + 20% después del deducible	\$500 de copago + 50% después del deducible	\$500 de copago + 25% después del deducible	\$500 de copago + 25% después del deducible	\$500 de copago + 50% después del deducible	\$500 de copago + 25% después del deducible	\$500 de copago + 25% después del deducible	\$500 de copago + 50% después del deducible
Servicios de emergencia												
Sala de emergencias (el copago se exonera en caso de hospitalización)	\$100 de copago + 20% después del deducible			\$100 de copago + 20% después del deducible			\$100 de copago + 25% después del deducible			\$100 de copago + 25% después del deducible		
Ambulancia	20% después del deducible			20% después del deducible			25% después del deducible			25% después del deducible		
Otros servicios cubiertos												
Aparatos auditivos: beneficio máximo de \$4,000 cada 48 meses para adultos, consulte el manual para conocer el beneficio para niños exigido por el estado	10% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment (DME, por sus siglas en inglés))	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de farmacia												
Máximo de gastos extra (Out-of-pocket (OOP, por sus siglas en inglés))	Los medicamentos recetados se aplican al máximo de gastos extra			Los medicamentos recetados se aplican al máximo de gastos extra			Los medicamentos recetados se aplican al máximo de gastos extra			Los medicamentos recetados se aplican al máximo de gastos extra		
Venta al por menor												
Valor	\$4 por suministro de 31 días		Consulte el manual del plan	\$4 por suministro de 31 días		Consulte el manual del plan	\$4 por suministro de 31 días		Consulte el manual del plan	\$4 por suministro de 31 días		Consulte el manual del plan
Genérico (planes de Kaiser) / Genérico selecto (planes de Moda)	\$12 por suministro de 31 días			\$12 por suministro de 31 días			\$12 por suministro de 31 días			\$12 por suministro de 31 días		
Marca preferida	25% hasta \$75 por suministro de 31 días			25% hasta \$75 por suministro de 31 días			25% hasta \$75 por suministro de 31 días			25% hasta \$75 por suministro de 31 días		
Marca no preferida ⁴	50% hasta \$175 por suministro de 31 días			50% hasta \$175 por suministro de 31 días			50% hasta \$175 por suministro de 31 días			50% hasta \$175 por suministro de 31 días		

No hay un máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red de Connexus			Plan médico 2 Red de Connexus			Plan médico 3 Red de Connexus			Plan médico 4 Red de Connexus		
	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga
Por correo postal												
Valor	\$8 por suministro de 90 días		Consulte el manual del plan	\$8 por suministro de 90 días		Consulte el manual del plan	\$8 por suministro de 90 días		Consulte el manual del plan	\$8 por suministro de 90 días		Consulte el manual del plan
Genérico (planes de Kaiser) / Genérico selecto (planes de Moda)	\$24 por suministro de 90 días			\$24 por suministro de 90 días			\$24 por suministro de 90 días			\$24 por suministro de 90 días		
Marca preferida	25% hasta \$150 por suministro de 90 días			25% hasta \$150 por suministro de 90 días			25% hasta \$150 por suministro de 90 días			25% hasta \$150 por suministro de 90 días		
Marca no preferida ⁴	50% hasta \$450 por suministro de 90 días			50% hasta \$450 por suministro de 90 días			50% hasta \$450 por suministro de 90 días			50% hasta \$450 por suministro de 90 días		
De especialidad												
Genérico (solo planes de Moda)	\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando sea autorizado		Consulte el manual del plan	\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando sea autorizado		Consulte el manual del plan	\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando sea autorizado		Consulte el manual del plan	\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando sea autorizado		Consulte el manual del plan
Genérico selecto (planes de Kaiser) / Marca preferida (planes de Moda)	25% hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando sea autorizado			25% hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando sea autorizado			25% hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando sea autorizado			25% hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando sea autorizado		
Marca no preferida ⁴	50% hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando sea autorizado.			50% hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando sea autorizado.			50% hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando sea autorizado.			50% hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando sea autorizado.		

N/A - No aplica

1 Exoneración del deducible.

2 El deducible y el máximo de gastos extra individual se aplican únicamente a la cobertura individual. El deducible y el máximo de gastos extra familiar se aplican cuando dos o más personas están cubiertas por el plan. Este plan también incluye un máximo de gastos extra por miembro, el cual se establece en la cantidad de gastos extra individual. Bajo este plan, se debe cumplir con el deducible antes de recibir el pago de beneficios (excepto donde 1 indique la exoneración del mismo).

3 Para los planes de Moda, el máximo de gastos extra incluye el deducible médico, los copagos médicos, el coaseguro, los copagos ACT y los gastos de farmacia.

4 Se debe aprobar una excepción a la lista de medicamentos cubiertos para aquellos recetados de marca no preferida.

5 Para recibir beneficios de atención coordinada dentro de la red, usted debe elegir y utilizar un proveedor PCP 360.

6 Para recibir beneficios no coordinados dentro de la red, usted debe utilizar los proveedores de Connexus.

7 Para los planes de Kaiser, la atención de acupuntura está limitada a 12 visitas al año y de quiropráctica a 20 visitas al año. Para los planes de Moda, la atención de acupuntura y la manipulación vertebral están limitadas a 12 visitas combinadas al año. Las visitas al consultorio de acupuntura y de quiropráctica están sujetas al copago y coaseguro del especialista y no se limitan a las 12 visitas combinadas por año del plan.

Este documento es solo para fines de comparación y no pretende describir completamente los beneficios de cada plan. Consulte su manual de miembro para obtener más detalles sobre la cobertura de beneficios. En caso de discrepancia entre esta comparación y su manual de miembro, el manual será el que prevalezca.

No hay un máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 5 Red de Connexus			Plan médico 6 Red de Connexus <i>Plan de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) compatible con una Cuenta de ahorro para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)</i>			Plan médico 7 Red de Connexus <i>Plan de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) compatible con una Cuenta de ahorro para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)</i>		
	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga
Costos por año del plan - Se aplican deducibles y copagos al máximo de gastos extra anual.									
Deducible por persona	\$2,000	\$2,100	\$4,000	\$1,600 ²	\$1,700 ²	\$3,200 ²	\$2,000 ²	\$2,100 ²	\$4,000 ²
Deducible máximo por familia	\$6,300	\$6,300	\$12,600	\$3,400 ²	\$3,400 ²	\$6,400 ²	\$4,200 ²	\$4,200 ²	\$8,000 ²
Máximo de gastos extra (Out-of-pocket (OOP, por sus siglas en inglés)) por persona ³	\$6,800	\$7,200	\$13,700	\$6,400 ²	\$6,750 ²	\$13,100 ²	\$6,500 ²	\$6,750 ²	\$13,300 ²
Máximo de gastos extra (OOP, por sus siglas en inglés) por familia ³	\$15,800	\$15,800	\$27,400	\$13,500 ²	\$13,500 ²	\$26,200 ²	\$13,500 ²	\$13,500 ²	\$26,600 ²
Servicios de atención médica preventiva									
Exámenes de rutina para adultos, mujeres y de bienestar infantil; evaluación anual de obesidad y vacunas.	\$0 ¹	\$0 ¹	50% después del deducible	\$0 ¹	\$0 ¹	50% después del deducible	\$0 ¹	\$0 ¹	50% después del deducible
Visitas al consultorio y atención virtual									
Visitas al consultorio de atención primaria	\$30 ^{1.5}	25% después del deducible	50% después del deducible	15% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Visitas al consultorio de atención primaria con un proveedor diferente al proveedor PCP 360 de su elección (solo planes de Moda)	\$50 ¹	N/A	50% después del deducible	15% después del deducible	N/A	50% después del deducible	20% después del deducible	N/A	50% después del deducible
Incentivo para visitas al consultorio de atención médica (solo planes de Moda)	\$25 ¹	25% después del deducible	N/A	15% después del deducible	20% después del deducible	N/A	20% después del deducible	25% después del deducible	N/A
Atención virtual (planes de Kaiser) / Telesalud de CirrusMD (planes de Moda)	\$0 ¹	\$0 ¹	No está cubierto	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	No está cubierto	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	No está cubierto
Visitas al consultorio del especialista	\$50 ¹	25% después del deducible	50% después del deducible	15% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Atención de urgencia	\$50 ¹	25% después del deducible	25% después del deducible	15% después del deducible	20% después del deducible	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	25% después del deducible	Consulte el manual del plan
Servicios de salud mental									
Visitas al consultorio de salud mental	\$30 ¹	\$30 ¹	50% después del deducible	15% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios residenciales y de hospitalización por salud mental	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios para la dependencia de sustancias químicas (servicios ambulatorios o residenciales)	\$30 ¹	\$30 ¹	50% después del deducible	15% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios para la dependencia de sustancias químicas (servicios de hospitalización)	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios para pacientes ambulatorios									
Cirugía ambulatoria/centro de atención hospitalaria	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Rehabilitación ambulatoria (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Pruebas de diagnóstico									
Análisis de laboratorio, radiografías y diagnóstico por imágenes	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Tomografías computarizadas (TC), imágenes por resonancias magnéticas (IRM), tomografías por emisión de positrones (TEP)	\$100 de copago + 25% después del deducible	\$100 de copago + 25% después del deducible	\$100 de copago + 50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de atención médica alternativa									
Acupuntura y quiropráctica ⁷	\$30 ¹	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de naturopatía	\$50 ¹	25% después del deducible	50% después del deducible	15% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible

No hay un máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 5 Red de Connexus			Plan médico 6 Red de Connexus <i>Plan de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) compatible con una Cuenta de ahorro para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)</i>			Plan médico 7 Red de Connexus <i>Plan de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) compatible con una Cuenta de ahorro para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)</i>		
	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga
Costos por año del plan - Se aplican deducibles y copagos al máximo de gastos extra anual.									
Atención de maternidad									
Atención ambulatoria de maternidad	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de médicos o parteras y de hospitalización, parto y atención de rutina en la sala de recién nacidos	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios hospitalarios									
Atención/cirugía para pacientes hospitalizados	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Atención en un centro de enfermería especializada	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Nivel de costo adicional									
Solo planes de Moda: \$100 por nivel de costo adicional (Additional Cost Tier (ACT, por sus siglas en inglés)): exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (imágenes por resonancias magnéticas (IRM), tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP)), inyecciones en la columna, amigdalectomías para los miembros menores de 18 años de edad con apnea del sueño o amigdalitis crónica, viscosuplementación, endoscopias superiores, estudios del sueño, discografías lumbares	\$100 de copago + 25% después del deducible	\$100 de copago + 25% después del deducible	\$100 de copago + 50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Solo planes de Moda: \$500 por nivel de costo adicional (ACT, por sus siglas en inglés): cirugía de columna, reemplazo de rodilla y cadera, artroscopia de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	\$500 de copago + 25% después del deducible	\$500 de copago + 25% después del deducible	\$500 de copago + 50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de emergencia									
Sala de emergencias (el copago se exonera en caso de hospitalización)	\$100 de copago + 25% después del deducible			20% después del deducible	25% después del deducible	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	25% después del deducible	Consulte el manual del plan
Ambulancia	25% después del deducible			20% después del deducible	25% después del deducible	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	25% después del deducible	Consulte el manual del plan
Otros servicios cubiertos									
Aparatos auditivos: beneficio máximo de \$4,000 cada 48 meses para adultos, consulte el manual para conocer el beneficio para niños exigido por el estado	10% después del deducible	10% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment (DME, por sus siglas en inglés))	25% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	25% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de farmacia									
Máximo de gastos extra (Out-of-pocket (OOP, por sus siglas en inglés))	Los medicamentos recetados se aplican al máximo de gastos extra			Los medicamentos recetados se aplican al máximo de gastos extra del plan			Los medicamentos recetados se aplican al máximo de gastos extra del plan		
Venta al por menor									
Valor	\$4 por suministro de 31 días			\$4 ¹ por suministro de 31 días			\$4 ¹ por suministro de 31 días		
Genérico (planes de Kaiser) / Genérico selecto (planes de Moda)	\$12 por suministro de 31 días			Consulte el manual del plan	20% después del deducible	25% después del deducible	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	25% después del deducible
Marca preferida	25% hasta \$75 por suministro de 31 días				20% después del deducible	25% después del deducible		20% después del deducible	25% después del deducible
Marca no preferida ⁵	50% hasta \$175 por suministro de 31 días				20% después del deducible	25% después del deducible		20% después del deducible	25% después del deducible

No hay un máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 5 Red de Connexus			Plan médico 6 Red de Connexus <i>Plan de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) compatible con una Cuenta de ahorro para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)</i>			Plan médico 7 Red de Connexus <i>Plan de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) compatible con una Cuenta de ahorro para la salud (HSA, por sus siglas en inglés)</i>		
	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga
Costos por año del plan - Se aplican deducibles y copagos al máximo de gastos extra anual.									
Por correo postal									
Valor	\$8 por suministro de 90 días			\$8 ¹ por suministro de 90 días			\$8 ¹ por suministro de 90 días		
Genérico (planes de Kaiser) / Genérico selecto (planes de Moda)	\$24 por suministro de 90 días		Consulte el manual del plan	20% después del deducible	25% después del deducible	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	25% después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca preferida	25% hasta \$150 por suministro de 90 días			20% después del deducible	25% después del deducible		20% después del deducible	25% después del deducible	
Marca no preferida ⁴	50% hasta \$450 por suministro de 90 días			20% después del deducible	25% después del deducible		20% después del deducible	25% después del deducible	
De especialidad									
Genérico (solo planes de Moda)	\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando sea autorizado		Consulte el manual del plan	20% después del deducible	25% después del deducible	Consulte el manual del plan	20% después del deducible	25% después del deducible	Consulte el manual del plan
Genérico selecto (planes de Kaiser) / Marca preferida (planes de Moda)	25% hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando sea autorizado			20% después del deducible	25% después del deducible		20% después del deducible	25% después del deducible	
Marca no preferida ⁴	50% hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando sea autorizado.			20% después del deducible	25% después del deducible		20% después del deducible	25% después del deducible	

N/A - No aplica

1 Exoneración del deducible.

2 El deducible y el máximo de gastos extra individual se aplican únicamente a la cobertura individual. El deducible y el máximo de gastos extra familiar se aplican cuando dos o más personas están cubiertas por el plan. Este plan también incluye un máximo de gastos extra por miembro, el cual se establece en la cantidad de gastos extra individual. Bajo este plan, se debe cumplir con el deducible antes de recibir el pago de los beneficios (excepto donde 1 indique la exoneración del mismo).

3 Para los planes de Moda, el máximo de gastos extra incluye el deducible médico, los copagos médicos, el coaseguro, los copagos ACT y los gastos de farmacia.

4 Se debe aprobar una excepción a la lista de medicamentos cubiertos para aquellos recetados de marca no preferida.

5 Para recibir beneficios de atención coordinada dentro de la red, usted debe elegir y utilizar un proveedor PCP 360.

6 Para recibir beneficios no coordinados dentro de la red, usted debe utilizar los proveedores de Connexus.

7 Para los planes de Kaiser, la atención de acupuntura está limitada a 12 visitas al año y de quiropráctica a 20 visitas al año.

Para los planes de Moda, la atención de acupuntura y la manipulación vertebral están limitadas a 12 visitas combinadas al año. Las visitas al consultorio de acupuntura y de quiropráctica están sujetas al copago y coaseguro del especialista y no se limitan a las 12 visitas combinadas por año del plan.

Este documento es solo para fines de comparación y no pretende describir completamente los beneficios de cada plan. Consulte su manual de miembro para obtener más detalles sobre la cobertura de beneficios. En caso de discrepancia entre esta comparación y su manual de miembro, el manual será el que prevalezca.

[Consulte el manual del plan para obtener más detalles.](#)



Beneficios dentales	Plan Premier 1 ¹	Plan Premier 5 ¹	Plan Premier 6	PPO exclusivo - Plan de incentivo ¹	Plan PPO exclusivo	Plan dental de Kaiser	Plan dental de Willamette
Red	Delta Dental Premier	Delta Dental Premier	Delta Dental Premier	Plan de red limitada – Delta Dental PPO ²	Plan de red limitada – Delta Dental PPO ²	Plan de red limitada – Centros de Kaiser Permanente ²	Plan de red limitada – Centros de Willamette Dental Group ²
Copago por visita al consultorio dental	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	\$20 ³	\$20 ³
Máximo de beneficios	\$2,200 ⁴	\$1,700 ⁴	\$1,200	\$2,300 ⁴	\$1,500 ⁴	\$4,000 ⁴	N/A
Deducible	\$50	\$50	\$50	\$50	\$50	N/A	N/A
Servicios preventivos y de diagnóstico – Exoneración del deducible para los servicios preventivos y de diagnóstico en los planes de Delta Dental⁶							
Exámenes bucales, radiografías, limpiezas (profilaxis), tratamientos con flúor y mantenedores de espacio	70% + 10% cada año del plan ⁶	70% + 10% cada año del plan ⁶	100% ⁶	100% ⁶	100% ⁶	100% ⁶	100%
Servicios reconstructivos							
Rellenos de rutina, incrustaciones y coronas de acero inoxidable	70% + 10% ¹ cada año del plan	70% + 10% ¹ cada año del plan	80% ¹	70% + 10% ¹ cada año del plan	90% ¹	100% ³	100% ³
Extracción simple							
Extracciones dentales simples	70% + 10% cada año del plan	70% + 10% cada año del plan	80%	70% + 10% cada año del plan	90%	100% ³	100% ³
Cirugía oral							
Extracciones dentales quirúrgicas, incluyendo el diagnóstico y la evaluación	70% + 10% cada año del plan	70% + 10% cada año del plan	80%	70% + 10% cada año del plan	90%	\$50 de copago ³	\$50 de copago ³
Periodoncia							
Diagnóstico, evaluación y tratamiento de enfermedades de las encías, incluyendo el raspado de sarro y el alisado radicular	70% + 10% cada año del plan	70% + 10% cada año del plan	80%	70% + 10% cada año del plan	90%	100% ³	100% ³
Endodoncia							
Tratamiento de conducto radicular y terapia relacionada, incluyendo el diagnóstico y la evaluación	70% + 10% cada año del plan	70% + 10% cada año del plan	80%	70% + 10% cada año del plan	90%	\$50 de copago ³	\$50 de copago ³
Servicios reconstructivos principales							
Coronas de oro o porcelana y recubrimientos	70% + 10% cada año del plan	70%	50%	70% + 10% cada año del plan	80%	\$250 de copago ³	\$250 de copago ^{3,5}
Implantes	70% + 10% cada año del plan	50%	50%	70% + 10% cada año del plan	80%	50% ³ (límite de 4 de por vida)	Cirugía de implantes hasta un máximo de \$1,500 por año calendario ⁵
Otros servicios cubiertos							
Placas oclusales (protectores nocturnos)	50% hasta un máximo de \$250, una vez cada 5 años	50% hasta un máximo de \$250, una vez cada 5 años	50% hasta un máximo de \$250, una vez cada 5 años	50% hasta un máximo de \$250, una vez cada 5 años	50% hasta un máximo de \$250, una vez cada 5 años	90%, una vez cada 5 años	100%, una vez cada 2 años
Protectores bucales deportivos	50%	50%	50%	50%	50%	90%	\$100 de copago ³
Óxido nitroso	50%	50%	50%	50%	50%	\$0 de copago (menores de 12 años) \$25 de copago (mayores de 13 años)	\$15 de copago ³
Servicios de prótesis dentales fijas y removibles							
Dentaduras postizas completas y parciales, revestimientos y rebases	70% + 10% cada año del plan	50%	50%	70% + 10% cada año del plan	80%	\$100 de copago ³	\$100 de copago ^{3,5}
Puentes dentales fijos y pónicos	70% + 10% cada año del plan	50%	50%	70% + 10% cada año del plan	80%	\$250 de copago ³	\$250 de copago ^{3,5}
Ortodoncia							
Tratamiento de ortodoncia	80% hasta un máximo de \$1,800 de por vida	80% hasta un máximo de \$1,800 de por vida	SIN COBERTURA DE ORTODONCIA en este plan	80% hasta un máximo de \$1,800 de por vida	80% hasta un máximo de \$1,800 de por vida	\$2,500 de copago + \$20 por visita	\$2,500 de copago + \$20 por visita

1. Bajo los planes 1 y 5 de Delta Dental y el Plan de incentivo PPO exclusivo, los beneficios comienzan en un 70% el primer año del plan y luego aumentan un 10% cada año del plan (hasta un máximo del 100%) siempre que la persona haya visitado al dentista al menos una vez durante el año del plan anterior.

2. Los servicios prestados por proveedores fuera de la red limitada no están cubiertos a menos que se trate de una emergencia dental.

3. El copago para visitas al consultorio se aplica en cada visita, además de cualquier copago del plan por servicios.

4. La atención preventiva y la ortodoncia no se acumulan a este máximo.

5. Las prótesis dentales soportadas por implantes (coronas, puentes y dentaduras postizas) no son un beneficio cubierto por el plan de Willamette Dental Group.

6. Los servicios preventivos no se acumulan para el máximo de beneficios del plan.

Este documento es solo para fines de comparación y no pretende describir completamente los beneficios de cada plan. Consulte su manual de miembro para obtener más detalles sobre la cobertura de beneficios. En caso de discrepancia entre esta comparación y su manual de miembro, el manual será el que prevalezca.



Beneficios oftalmológicos	Plan oftalmológico de Kaiser ¹ Centros de Kaiser Permanente	Plan Opal de Moda Puede consultar a cualquier proveedor autorizado	Plan Pearl de Moda Puede consultar a cualquier proveedor autorizado	Plan Quartz de Moda Puede consultar a cualquier proveedor autorizado	Plan VSP Choice Plus Red VSP Choice	Plan VSP Choice Red VSP Choice
Máximo del año del plan	\$250	\$600	\$400	\$250	N/A	N/A
Examen de rutina de la vista:						
Beneficio:	Cubierto por el plan médico de Kaiser Permanente (no se aplica al máximo anual del plan oftalmológico)	El plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100% después de un copago de \$10	El plan paga el 100% después de un copago de \$10
Frecuencia:	Según sea necesario	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan
Lentes:						
Beneficio para lentes básicos	Menores de 19 años: sin costo para un par de aros y lentes o lentes de contacto estándar	El plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	\$20 de copago (aplicado a lentes y aros): lentes monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea o lenticulares de vidrio o plástico cubiertos en su totalidad. Lentes de policarbonato, resistentes a rayaduras y con revestimiento contra UV cubiertos en su totalidad	\$20 de copago (aplicado a lentes y aros): lentes monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea o lenticulares de vidrio o plástico cubiertos en su totalidad. Resistentes a rayaduras y con revestimiento contra UV cubiertos en su totalidad
Mejoras para los lentes:	Mayores de 19 años: el plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)					
Frecuencia:	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan
Aros						
Beneficio:	Menores de 19 años: sin costo para un par de aros y lentes estándar Mayores de 19 años: el plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	Cubiertos en su totalidad hasta la asignación del minorista de \$300 ; 20% de descuento sobre la cantidad de la asignación del minorista para los aros	Cubiertos en su totalidad hasta la asignación del minorista de \$150 ; 20% de descuento sobre la cantidad de la asignación del minorista para los aros
Frecuencia:	Una vez por año del plan	De 0 a 16 años: una vez por año del plan Mayores de 17 años: una vez cada dos años del plan	De 0 a 16 años: una vez por año del plan Mayores de 17 años: una vez cada dos años del plan	De 0 a 16 años: una vez por año del plan Mayores de 17 años: una vez cada dos años del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan
Lentes de contacto (en lugar de aros y lentes)						
Beneficio:	Menores de 19 años: sin costo para los lentes de contacto Mayores de 19 años: el plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100% (hasta el máximo del plan)	Cubiertos en su totalidad hasta la asignación del minorista de \$300	Cubiertos en su totalidad hasta la asignación del minorista de \$150
Frecuencia:	Una vez por año del plan	Hasta el máximo del plan	Hasta el máximo del plan	Hasta el máximo del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan



Beneficios oftalmológicos	Plan oftalmológico de Kaiser ¹ Centros de Kaiser Permanente	Plan Opal de Moda Puede consultar a cualquier proveedor autorizado	Plan Pearl de Moda Puede consultar a cualquier proveedor autorizado	Plan Quartz de Moda Puede consultar a cualquier proveedor autorizado	Plan VSP Choice Plus Red VSP Choice	Plan VSP Choice Red VSP Choice
Beneficio para anteojos sin graduación						
Beneficio:	Se puede utilizar \$100 de su asignación anual de \$250 para anteojos de sol o anteojos digitales para la vista cansada sin graduación.	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	Los miembros de la Junta de Beneficios para Educadores de Oregon (Oregon Educators Benefit Board (OEBB, por sus siglas en inglés)) pueden utilizar su asignación de aros para pagar anteojos de sol sin graduación listos para usar o anteojos con filtro de luz azul sin graduación listos para usar, en lugar de anteojos o lentes de contacto con graduación.	Los miembros de la OEBB pueden utilizar su asignación de aros para pagar anteojos de sol sin graduación listos para usar o anteojos con filtro de luz azul sin graduación listos para usar, en lugar de anteojos o lentes de contacto con graduación.

¹ Debe estar inscrito en un plan médico de Kaiser para inscribirse en el plan oftalmológico de Kaiser

Este documento es solo para fines de comparación y no pretende describir completamente los beneficios de cada plan. Consulte su manual de miembro para obtener más detalles sobre la cobertura de beneficios. En caso de discrepancia entre esta comparación y su manual de miembro, el manual será el que prevalezca.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. Comuníquese con el Servicio de atención a los miembros de la OEBB al 888-4My-OEBB (888-469-6322) o envíe un correo electrónico a oebb.benefits@odhsoha.oregon.gov. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión o puede marcar al 711.