



Resumen de los beneficios médicos y de farmacia del año del plan 2024–2025

Índice:

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



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

No hay un máximo de por vida en ninguno de los planes médicos.	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>HSA opcional</i>	
	Dentro de la red El/la miembro paga	Fuera de la red El/la miembro paga	Dentro de la red El/la miembro paga	Fuera de la red El/la miembro paga	Dentro de la red El/la miembro paga	Fuera de la red El/la miembro paga	Dentro de la red El/la miembro paga	Fuera de la red El/la 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
Monto máximo de gastos de bolsillo (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
Monto máximo de gastos de bolsillo (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 preventiva								
Examen de rutina para adultos, examen de rutina para niños y examen para mujeres; evaluación anual de obesidad y vacunas	\$0	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura
Visitas al consultorio y atención virtual								
Visitas de atención primaria	\$20	Sin cobertura	\$25 ¹	Sin cobertura	\$30 ¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Visitas de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado (solo planes de Moda)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Visitas de atención de incentivos (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 CirrusMD (planes de Moda)	\$0	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 después del deducible	Sin cobertura
Visitas al consultorio del especialista	\$30	Sin cobertura	\$35 ¹	Sin cobertura	\$40 ¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
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 de salud mental y de dependencia de sustancias químicas								
Visitas de salud mental en el consultorio	\$20	Sin cobertura	\$25 ¹	Sin cobertura	\$30 ¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Servicios de salud mental para pacientes internados y residenciales	\$100 al día, hasta un máximo de \$500 por hospitalización	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Servicios de dependencia de sustancias químicas (ambulatorios o residenciales)	\$0	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Servicios de dependencia de sustancias químicas (para pacientes internados)	\$0	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Servicios ambulatorios								
Cirugía ambulatoria/atención en las instalaciones	\$75	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Rehabilitación ambulatoria (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla)	\$30 por visita	Sin cobertura	\$35 ¹ por visita	Sin cobertura	\$40 ¹ por visita	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Pruebas de diagnóstico								
Análisis de laboratorio, radiografías e imagenología	\$20 por visita	Sin cobertura	\$25 ¹ por visita	Sin cobertura	\$30 ¹ por visita	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Tomografías, resonancias magnéticas o tomografías por emisión de positrones	\$70 por visita	Sin cobertura	\$75 ¹ por visita	Sin cobertura	\$80 ¹ por visita	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Servicios de atención alternativa								
Acupuntura y atención quiropráctica ⁷	\$20 por servicio	Sin cobertura	\$25 ¹ por servicio	Sin cobertura	\$30 ¹ por servicio	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Visitas de naturopatía	\$20 por servicio	Sin cobertura	\$25 ¹ por servicio	Sin cobertura	\$30 ¹ por servicio	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Atención para personas embarazadas								
Atención de rutina para personas embarazadas	\$0	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura
Servicios de un médico o partera y estancia hospitalaria, parto y atención de rutina para recién nacidos	\$100 al día, hasta un máx. de \$500 por hospitalización	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Servicios hospitalarios								
Atención/cirugía para pacientes internados	\$100 al día, hasta un máx. de \$500 por hospitalización	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 ninguno de los planes médicos.	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>HSA opcional</i>	
	Dentro de la red El/la miembro paga	Fuera de la red El/la miembro paga	Dentro de la red El/la miembro paga	Fuera de la red El/la miembro paga	Dentro de la red El/la miembro paga	Fuera de la red El/la miembro paga	Dentro de la red El/la miembro paga	Fuera de la red El/la miembro paga
Nivel de costo adicional								
Solo planes de Moda: Nivel de costo adicional (ACT, por sus siglas en inglés) de \$100: imagenología específica (resonancias magnéticas, tomografías, tomografías por emisión de positrones), inyecciones en la columna vertebral, amigdalectomías para miembros menores de 18 años con amigdalitis crónica o apnea de sueño, viscosuplementación, endoscopias superiores, estudios de sueño, discografías lumbares	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Solo planes de Moda: Nivel de costo adicional (ACT, por sus siglas en inglés) de \$500: cirugía de columna, de 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 anula en caso de hospitalización)	\$150 por visita (se anula 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 ver el beneficio para niños ordenado por el estado	10 %	Sin cobertura	10% ¹	Sin cobertura	10% ¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	20 %	Sin cobertura	20 % ¹	Sin cobertura	20 % ¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Servicios de farmacia								
Monto máximo de gastos de bolsillo (OOP, por sus siglas en inglés)	Recetas médicas aplican hacia la cantidad máx. de OOP		Recetas médicas aplican hacia la cantidad máx. de OOP		Recetas médicas aplican hacia la cantidad máx. de OOP		Recetas médicas aplican hacia la cantidad máx. de OOP	
Minorista								
Valor	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	\$0 ⁷	N/A
Genéricos (planes de Kaiser) / genéricos selectos (planes de Moda)	\$10 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	\$10 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	\$10 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca preferencial	\$30 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	\$30 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	\$30 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca no preferencial ⁴	\$50 por suministro de 30 días si se satisfacen los criterios	Consulte el manual del plan	\$50 por suministro de 30 días si se satisfacen los criterios	Consulte el manual del plan	\$50 por suministro de 30 días si se satisfacen los criterios	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Correo postal								
Valor	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Genéricos (planes de Kaiser) / genéricos selectos (planes de Moda)	\$20 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	\$20 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	\$20 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca preferencial	\$60 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	\$60 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	\$60 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca no preferencial ⁴	\$100 por suministro de 90 días si se satisfacen los criterios	Consulte el manual del plan	\$100 por suministro de 90 días si se satisfacen los criterios	Consulte el manual del plan	\$100 por suministro de 90 días si se satisfacen los criterios	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Especialidad								
Genéricos (solo planes de Moda)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Genéricos selectos (planes de Kaiser) / marca preferencial (planes de Moda)	25 %, hasta \$150 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	25 %, hasta \$150 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	25 %, hasta \$150 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca no preferencial ⁴	25 %, hasta \$150 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	25 %, hasta \$150 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	25 %, hasta \$150 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan

N/A – No aplica

1 No se aplica deducible.

2 El deducible individual y la cantidad máxima individual de gastos de bolsillo se aplican únicamente a la cobertura de una sola persona. El deducible familiar y la cantidad máxima familiar de gastos de bolsillo se aplican cuando dos o más personas están cubiertas en el plan. Este plan también incluye una cantidad máxima incluida de gastos de bolsillo por miembro, la cual corresponde a la cantidad individual de OOP. Bajo este plan, el deducible debe satisfacerse antes de que la aseguradora pague beneficios (salvo cuando 1 indique que se anula el deducible).

3 Para los planes de Moda, la cantidad máxima de OOP incluye el deducible médico, los copagos médicos, el coseguro, los copagos de ACT y los gastos de farmacia.

4 Se debe aprobar una excepción de la lista de medicamentos cubiertos para los medicamentos de venta con receta de marca no preferida.

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

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

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

Este documento es solo para fines de comparación. No describe completamente los beneficios de cada plan. Consulte los documentos de los planes para obtener más detalles. Si hay diferencias entre esta comparación y los documentos de los planes, los documentos de los planes prevalecerán.

No hay un máximo de por vida en ninguno de los planes médicos.	Plan médico 1 Red Connexus			Plan médico 2 Red Connexus			Plan médico 3 Red Connexus			Plan médico 4 Red Connexus		
	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga
Costos del 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
Monto máximo de gastos de bolsillo (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
Monto máximo de gastos de bolsillo (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 preventiva												
Examen de rutina para adultos, examen de rutina para niños y examen para mujeres; 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 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 de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado (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
Visitas de atención de incentivos (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 CirrusMD (planes de Moda)	\$0 ¹	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	\$0 ¹	Sin cobertura
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 de salud mental y de dependencia de sustancias químicas												
Visitas de salud mental en el consultorio	\$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 de salud mental para pacientes internados y residenciales	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 dependencia de sustancias químicas (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 de dependencia de sustancias químicas (para pacientes internados)	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 ambulatorios												
Cirugía ambulatoria/atención en las instalaciones	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 terapia 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 (ambulatorias)												
Análisis de laboratorio, radiografías e imagenología	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, resonancias magnéticas o tomografías por emisión de positrones	Copago de \$100 + 20 % después del deducible	Copago de \$100 + 20 % después del deducible	Copago de \$100 + 50 % después del deducible	Copago de \$100 + 20 % después del deducible	Copago de \$100 + 20 % después del deducible	Copago de \$100 + 50 % después del deducible	Copago de \$100 + 25 % después del deducible	Copago de \$100 + 25 % después del deducible	Copago de \$100 + 50 % después del deducible	Copago de \$100 + 25 % después del deducible	Copago de \$100 + 25 % después del deducible	Copago de \$100 + 50 % después del deducible
Servicios de atención alternativa⁷												
Acupuntura y atención 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
Consultas 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 ninguno de los planes médicos.	Plan médico 1 Red Connexus			Plan médico 2 Red Connexus			Plan médico 3 Red Connexus			Plan médico 4 Red Connexus		
Costos del año del plan ⁵	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga
Atención para personas embarazadas												
Atención de rutina para personas embarazadas	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 un médico o partera y estancia hospitalaria, parto y atención de rutina para 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 internados	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: Nivel de costo adicional (ACT, por sus siglas en inglés) de \$100: imagenología específica (resonancias magnéticas, tomografías, tomografías por emisión de positrones), inyecciones en la columna vertebral, amigdalectomías para miembros menores de 18 años con amigdalitis crónica o apnea de sueño, viscosuplementación, endoscopias superiores, estudios de sueño, discografías lumbares	Copago de \$100 + 20 % después del deducible	Copago de \$100 + 20 % después del deducible	Copago de \$100 + 50 % después del deducible	Copago de \$100 + 20 % después del deducible	Copago de \$100 + 20 % después del deducible	Copago de \$100 + 50 % después del deducible	Copago de \$100 + 25 % después del deducible	Copago de \$100 + 25 % después del deducible	Copago de \$100 + 50 % después del deducible	Copago de \$100 + 25 % después del deducible	Copago de \$100 + 25 % después del deducible	Copago de \$100 + 50 % después del deducible
Solo planes de Moda: Nivel de costo adicional (ACT, por sus siglas en inglés) de \$500: Cirugía de columna, de reemplazo de rodilla y cadera, artroscopia de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	Copago de \$500 + 20 % después del deducible	Copago de \$500 + 20 % después del deducible	Copago de \$500 + 50 % después del deducible	Copago de \$500 + 20 % después del deducible	Copago de \$500 + 20 % después del deducible	Copago de \$500 + 50 % después del deducible	Copago de \$500 + 25 % después del deducible	Copago de \$500 + 25 % después del deducible	Copago de \$500 + 50 % después del deducible	Copago de \$500 + 25 % después del deducible	Copago de \$500 + 25 % después del deducible	Copago de \$500 + 50 % después del deducible
Servicios de emergencia												
Sala de emergencias (el copago se anula en caso de hospitalización)	Copago de \$100 + 20 % después del deducible			Copago de \$100 + 20 % después del deducible			Copago de \$100 + 25 % después del deducible			Copago de \$100 + 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 ver el beneficio para niños ordenado 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 (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												
Monto máximo de gastos de bolsillo (OOP, por sus siglas en inglés)	Recetas médicas aplican hacia la cantidad máx. de OOP			Recetas médicas aplican hacia la cantidad máx. de OOP			Recetas médicas aplican hacia la cantidad máx. de OOP			Recetas médicas aplican hacia la cantidad máx. de OOP		
Minorista												
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
Genéricos (planes de Kaiser) / genéricos selectos (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 preferencial	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 preferencial 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		
Correo postal												

No hay un máximo de por vida en ninguno de los planes médicos.	Plan médico 1 Red Connexus			Plan médico 2 Red Connexus			Plan médico 3 Red Connexus			Plan médico 4 Red Connexus		
	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga
Costos del año del plan ⁵												
Valor	\$8 por suministro de 90 días			\$8 por suministro de 90 días			\$8 por suministro de 90 días			\$8 por suministro de 90 días		
Genéricos (planes de Kaiser) / genéricos selectos (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 preferencial	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 preferencial 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		
Especialidad												
Genéricos (solo planes de Moda)	\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando se permita			\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando se permita			\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando se permita			\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando se permita		
Genéricos selectos (planes de Kaiser) / marca preferencial (planes de Moda)	25 % hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando se permita			25 % hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando se permita			25 % hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando se permita			25 % hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando se permita		
Marca no preferencial ⁴	50 % hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando se permita			50 % hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando se permita			50 % hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando se permita			50 % hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando se permita		

N/A – No aplica

1 No se aplica deducible.

2 El deducible individual y la cantidad máxima individual de gastos de bolsillo se aplican únicamente a la cobertura de una sola persona. El deducible familiar y la cantidad máxima familiar de gastos de bolsillo se aplican cuando dos o más personas están cubiertas en el plan. Este plan también incluye una cantidad máxima incluida de gastos de bolsillo por miembro, la cual corresponde a la cantidad individual de OOP. Bajo este plan, el deducible debe satisfacerse antes de que la aseguradora pague beneficios (salvo cuando 1 indique que se anula el deducible).

3 Para los planes de Moda, la cantidad máxima de OOP incluye el deducible médico, los copagos médicos, el coseguro, los copagos de ACT y los gastos de farmacia.

4 Se debe aprobar una excepción de la lista de medicamentos cubiertos para los medicamentos de venta con receta de marca no preferida.

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

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

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

Este documento es solo para fines de comparación. No describe completamente los beneficios de cada plan. Consulte los documentos de los planes para obtener más detalles. Si hay diferencias entre esta comparación y los documentos de los planes, los documentos de los planes prevalecerán.

No hay un máximo de por vida en ninguno de los planes médicos.									
Costos del año del plan - los deducibles y los copagos aplican a la cantidad máxima anual de los gastos de bolsillo									
	Plan médico 5 Red Connexus			Plan médico 6 Red Connexus Conforme HDHP HSA			Plan médico 7 Red Connexus Conforme HDHP HSA		
	Atención coordinada dentro de la red⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga
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
Monto máximo de gastos de bolsillo (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
Monto máximo de gastos de bolsillo (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 preventiva									
Examen de rutina para adultos, examen de rutina para niños y examen para mujeres; 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 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 de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado (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
Visitas de atención de incentivos (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 CirrusMD (planes de Moda)	\$0 ¹	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	Sin cobertura	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	Sin cobertura
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 de salud mental en el consultorio	\$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 de salud mental para pacientes internados y residenciales	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 dependencia de sustancias químicas (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 de dependencia de sustancias químicas (para pacientes internados)	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 ambulatorios									
Cirugía ambulatoria/atención en las instalaciones	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 terapia 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 e imagenología	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, resonancias magnéticas o tomografías por emisión de positrones	Copago de \$100 + 25 % después del deducible	Copago de \$100 + 25 % después del deducible	Copago de \$100 + 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

No hay un máximo de por vida en ninguno de los planes médicos.	Plan médico 5 Red Connexus			Plan médico 6 Red Connexus <i>Conforme HDHP HSA</i>			Plan médico 7 Red Connexus <i>Conforme HDHP HSA</i>		
	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga
Costos del año del plan - los deducibles y los copagos aplican a la cantidad máxima anual de los gastos de bolsillo									
Servicios de atención alternativa									
Acupuntura y atención 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
Atención para personas embarazadas									
Atención ambulatoria para personas embarazadas	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 un médico o partera y estancia hospitalaria, parto y atención de rutina para 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 internados	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: Nivel de costo adicional (ACT, por sus siglas en inglés) de \$100: imagenología específica (resonancias magnéticas, tomografías, tomografías por emisión de positrones), inyecciones en la columna vertebral, amigdalectomías para miembros menores de 18 años con amigdalitis crónica o apnea de sueño, viscosuplementación, endoscopias superiores, estudios de sueño, discografías lumbares	Copago de \$100 + 25 % después del deducible	Copago de \$100 + 25 % después del deducible	Copago de \$100 + 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: Nivel de costo adicional (ACT, por sus siglas en inglés) de \$500: Cirugía de columna, de reemplazo de rodilla y cadera, artroscopia de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	Copago de \$500 + 25 % después del deducible	Copago de \$500 + 25 % después del deducible	Copago de \$500 + 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 anula en caso de hospitalización)	Copago de \$100 + 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 ver el beneficio para niños ordenado 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 (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

No hay un máximo de por vida en ninguno de los planes médicos.	Plan médico 5 Red Connexus			Plan médico 6 Red Connexus Conforme HDHP HSA			Plan médico 7 Red Connexus Conforme HDHP HSA				
	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El/la miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El/la miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El/la miembro paga		
Costos del año del plan - los deducibles y los copagos aplican a la cantidad máxima anual de los gastos de bolsillo											
Servicios de farmacia	Recetas médicas aplican hacia la cantidad máx. de OOP			Recetas médicas aplican hacia la cantidad máx. de OOP			Recetas médicas aplican hacia la cantidad máx. de OOP				
Minorista											
Valor	\$4 por suministro de 31 días	Consulte el manual del plan	Consulte el manual del plan	\$4 ¹ por suministro de 31 días	Consulte el manual del plan	Consulte el manual del plan	\$4 ¹ por suministro de 31 días	Consulte el manual del plan	Consulte el manual del plan		
Genéricos (planes de Kaiser) / genéricos selectos (planes de Moda)	\$12 por suministro de 31 días			20 % después del deducible			25 % después del deducible			20 % después del deducible	25 % después del deducible
Marca preferencial	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 preferencial 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
Correo postal											
Valor	\$8 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	Consulte el manual del plan	\$8 ¹ por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	Consulte el manual del plan	\$8 ¹ por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	Consulte el manual del plan		
Genéricos (planes de Kaiser) / genéricos selectos (planes de Moda)	\$24 por suministro de 90 días			20 % después del deducible			25 % después del deducible			20 % después del deducible	25 % después del deducible
Marca preferencial	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 preferencial 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
Especialidad											
Genéricos (solo planes de Moda)	\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando se permita	Consulte el manual del plan	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan	Consulte el manual del plan		
Genéricos selectos (planes de Kaiser) / marca preferencial (planes de Moda)	25 % hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando se permita			20 % después del deducible			25 % después del deducible			20 % después del deducible	25 % después del deducible
Marca no preferencial ⁴	50 % hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando se permita			20 % después del deducible			25 % después del deducible			20 % después del deducible	25 % después del deducible

N/A – No aplica

1 No se aplica deducible.

2 El deducible individual y la cantidad máxima individual de gastos de bolsillo se aplican únicamente a la cobertura de una sola persona. El deducible familiar y la cantidad máxima familiar de gastos de bolsillo se aplican cuando dos o más personas están cubiertas en el plan. Este plan también incluye una cantidad máxima incluida de gastos de bolsillo por miembro, la cual corresponde a la cantidad individual de OOP. Bajo este plan, el deducible debe satisfacerse antes de que la aseguradora pague beneficios (salvo cuando 1 indique que se anula el deducible).

3 Para los planes de Moda, la cantidad máxima de OOP incluye el deducible médico, los copagos médicos, el coseguro, los copagos de ACT y los gastos de farmacia.

4 Se debe aprobar una excepción de la lista de medicamentos cubiertos para los medicamentos de venta con receta de marca no preferida.

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

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

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

Este documento es solo para fines de comparación. No describe completamente los beneficios de cada plan. Consulte los documentos de los planes para obtener más detalles. Si hay diferencias entre esta comparación y los documentos de los planes, los documentos de los planes prevalecerán.

Consulte el Manual del plan para obtener más detalles.



Dental	Premier Plan 1 ¹	Premier Plan 5 ¹	Premier Plan 6	Plan de incentivo de PPO exclusivo ¹	Plan de PPO exclusivo	Plan dental de Kaiser	Plan dental de Willamette
Red	Delta Dental Premier	Delta Dental Premier	Delta Dental Premier	Plan de red limitada – PPO de Delta Dental ²	Plan de red limitada – PPO de Delta Dental ²	Plan de red limitada – Establecimientos de Kaiser Permanente ²	Plan de red limitada – Establecimientos de Willamette Dental Group ²
Copago por visitas a consultorios dentales	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	\$20 ³	\$20 ³
Beneficio máximo	\$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 diagnósticos – Se exenta el deducible para los servicios preventivos y diagnósticos en los planes dentales 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 de restauración							
Empastes 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 bucal							
Extracciones dentales quirúrgicas, que incluyen diagnóstico y 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, que incluyen eliminación del sarro y 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
Endodancia							
Tratamiento de conducto y terapia relacionada, que incluye diagnóstico y 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 de restauración mayor							
Coronas de oro o porcelana e incrustaciones “onlay”	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	Cirugía de implantes hasta un máximo de \$1,500 por año natural ⁵
Otros servicios cubiertos							
Protectores oclusales (protectores dentales para dormir)	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	65 %, una vez cada 5 años	100 % una vez cada 2 años
Protectores bucales atléticos	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	65 %, una vez cada 12 meses	\$100 de copago ³
Óxido nítrico	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	\$0 de copago (12 años de edad o menos) \$25 de copago (13 años de edad o más)	\$15 de copago ³
Servicios de prótesis fijas y removibles							
Dentaduras postizas completas o parciales, recubrimientos, rebasados	70 % + 10 % cada año del plan	50 %	50 %	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	\$100 de copago ³	\$100 de copago ^{3, 5}
Retenedores del puente 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 % a \$1,800 como máximo de por vida	80 % a \$1,800 como máximo de por vida	NO HAY COBERTURA DE ORTODONCIA en este plan	80 % a \$1,800 como máximo de por vida	80 % a \$1,800 como máximo de por vida	\$2,500 de copago + \$20 por visita	\$2,500 de copago + \$20 por visita

1 Bajo los dentales 1 a 5 de Delta Dental, y el Plan incentivos de PPO exclusivo, los beneficios empiezan al 70 % el primer año del plan y luego aumentan en un 10 % cada año del plan (hasta un máximo del 100 %) siempre que la persona haya ido a ver al dentista al menos una vez en el transcurso del año del plan anterior. 📄

2 Los servicios realizados por proveedores fuera de la red limitada no están cubiertos a menos que exista una emergencia dental. Los servicios de emergencia incluyen únicamente un examen limitado y tratamiento paliativo.
3 El copago de la visita al consultorio se aplica para cada visita, además de cualquier copago del plan para los servicios.

4 La atención preventiva y de ortodoncia no se cuentan como parte de esta cantidad máxima.
5 Las prótesis apoyadas por implantes dentales (coronas, puentes y dentaduras postizas) no son un beneficio cubierto bajo el plan de Willamette Dental Group.
6 Los servicios de prevención no se cuentan como parte de la cantidad máxima de beneficios del plan.

Este documento es solo para fines de comparación. No describe completamente los beneficios de cada plan. Consulte los documentos de los planes para obtener más detalles. Si hay diferencias entre esta comparación y los documentos de los planes, los documentos de los planes prevalecerán.



Resumen de beneficios de la vista del año del plan 2024–2025



Servicios de la vista	Plan de la vista de Kaiser ¹ Establecimientos de Kaiser Permanente	Plan Opal de Moda Se puede utilizar cualquier proveedor con licencia	Plan Pearl de Moda Se puede utilizar cualquier proveedor con licencia	Plan Quartz de Moda Se puede utilizar cualquier proveedor con licencia	Plan VSP Choice Plus Red de VSP Choice	Plan VSP Choice Red de VSP Choice
Cantidad máxima para el año del plan	\$250	\$600	\$400	\$250	N/A	N/A
Examen de la vista de rutina:						
Beneficio:	Cubierto bajo el plan médico de Kaiser Permanente (no aplica a la cantidad máxima del año del plan de la vista)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima 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 de lentes básicos:	Menos de 19 años de edad: No se cobra por un armazón y anteojos o lentes de contacto estándares 19 años y más: El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	Copago de \$20 (se aplica a lentes y armazón): Cobertura total para lentes monofocales, bifocales forrados, trifocales forrados o lenticulares de vidrio o plástico. Cobertura total para lentes de policarbonato, resistentes a rayones y recubrimiento contra UV.	Copago de \$20 (se aplica a lentes y armazón): Cobertura total para lentes monofocales, bifocales forrados, trifocales forrados o lenticulares de vidrio o plástico. Cobertura total para la resistencia a rayones y el recubrimiento contra UV. Lentes de policarbonato cubiertos totalmente para menores dependientes
Mejoras para los lentes:					\$0 de copago para lentes progresivos estándar \$15 de copago por revestimiento antirreflectante o lentes progresivos de primera calidad/personalizados	\$0 de copago para lentes progresivos estándar Descuento para policarbonato para adultos; revestimiento antirreflectante o lentes progresivos de primera calidad/personalizados
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
Marcos/armazones						
Beneficio:	Menos de 19 años de edad: No se cobra por un par de armazones y lentes estándares 19 años y más: El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	Cobertura total hasta la asignación minorista de \$300 ; descuento del 20 % de la cantidad que supere la asignación minorista para los armazones	Cobertura total hasta la asignación minorista de \$150 ; descuento del 20 % de la cantidad que supere la asignación minorista para los armazones
Frecuencia:	Una vez por año del plan	Entre 0 y 16 años: una vez por año del plan 17 años o más: Una vez cada dos años del plan	Entre 0 y 16 años: una vez por año del plan 17 años o más: Una vez cada dos años del plan	Entre 0 y 16 años: una vez por año del plan 17 años o más: Una vez cada dos años del plan	Una vez por año del plan	una vez por año del plan
Lentes de contacto (en vez de armazones y lentes)						
Beneficio:	Menos de 19 años de edad: No hay cargo por lentes de contacto 19 años y más: El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	Cobertura total hasta la asignación minorista de \$300	Cobertura total hasta la asignación minorista de \$150
Frecuencia:	Una vez por año del plan	Hasta la cantidad máxima del plan	Hasta la cantidad máxima del plan	Hasta la cantidad máxima del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan
Beneficios de medicamentos de venta sin receta						
Beneficio:	\$100 de su asignación anual de \$250 pueden utilizarse para anteojos de sol sin receta y/o anteojos para la fatiga visual digital	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Los miembros de la OEbb pueden usar su asignación para armazones para pagar por anteojos de sol sin receta o anteojos con filtro de luz azul sin receta, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados	Los miembros de la OEbb pueden usar su asignación para armazones para pagar por anteojos de sol sin receta o anteojos con filtro de luz azul sin receta, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados

¹ Debe estar inscrito(a) en un plan de atención médica de Kaiser para inscribirse en el plan de atención de la vista de Kaiser.

Este documento es solo para fines de comparación. No describe completamente los beneficios de cada plan. Consulte los documentos de los planes para obtener más detalles. Si hay diferencias entre esta comparación y los documentos de los planes, los documentos de los planes prevalecerán.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en otro formato que prefiera sin costo alguno. Contacte a los Servicios para Miembros de la OEbb al 888-4My-OEbb (888-469-6322) o por correo electrónico a oebb.benefits@odhsoha.oregon.gov. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.