

Esta información solo proporciona un resumen de alto nivel.

Resumen de los planes de visión del PEBB 2021. Comparación de la contribución de los empleados a las primas				
	Empleado	Empleado y cónyuge/pareja	Empleado e hijos	Empleado y familia
VSP Basic	\$8.54	\$17.08	\$14.52	\$23.06
VSP Plus	\$14.95	\$29.89	\$25.41	\$40.35
Kaiser	Los planes médicos a tiempo completo de Kaiser HMO y Kaiser Deductible incluyen cobertura para exámenes de la vista y hardware.			



Usted paga una parte de la prima si se inscribe en VSP Basic. Su cuota de prima es la misma tasa porcentual que su porcentaje de cobertura médica, que incluye la exclusión voluntaria. VSP Plus tiene una mejor cobertura para marcos, recubrimientos y lentes progresivas. Para este plan, usted paga la cuota de prima del empleado para el plan Básico más la diferencia en el costo de la prima entre los planes Básico y Plus.

Plan básico (VSP) de los planes de servicios para la visión

Beneficio	Descripción	Copago	Frecuencia
Examen de control	Se centra en sus ojos y su bienestar general	\$10	Cada año calendario
Anteojos recetados		\$25	Ver marcos y lentes
Marcos	<ul style="list-style-type: none"> Asignación de \$150 para una amplia selección de marcos Asignación de \$170 para marcos especiales de marca 20% de ahorro en la cantidad que exceda su asignación Asignación de \$80 para marcos de marcas de Walmart®/Sam's Club®/Costco® 	Incluido en anteojos de receta	Cada año calendario
Lentes	<ul style="list-style-type: none"> Lentes trifocales y bifocales recubiertos de visión única Lentes resistentes a los impactos para niños dependientes 	Incluido en anteojos de receta	Cada año calendario
Mejoras de lentes	<ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivas estándar Lentes progresivas premium Lentes progresivas personalizadas Ahorro promedio en otras mejoras de lentes 	\$0 \$80-\$90 \$120-\$160 35%-40%	Cada año calendario Cada año calendario Cada año calendario Cada año calendario
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	<ul style="list-style-type: none"> \$200 para lentes de contactos; no se aplica copago Examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación) 15 % de ahorro en el examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación) 	Hasta \$60	Cada año calendario
Protección del sol	<ul style="list-style-type: none"> Asignación de \$150 para anteojos de sol sin receta, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados 	\$25	Cada año calendario

Plan VSP Plus (incluye la cobertura del Plan Básico)

Beneficio	Descripción	Copago	Frecuencia
Marcos	<ul style="list-style-type: none"> Asignación de \$225 para una amplia selección de marcos Asignación de \$245 para marcos especiales de marca 20% de ahorro en la cantidad que exceda su asignación \$125 permitidos en marcas de Walmart®/Sam's Club®/Costco® 	Incluido en anteojos de receta	Cada año calendario
Lentes	<ul style="list-style-type: none"> Recubrimientos antirreflejos y lentes progresivas premium y personalizadas Lentes progresivas estándar 	Cobertura total después de un copago de \$20 \$0	Cada año calendario
Protección del sol	<ul style="list-style-type: none"> Asignación de \$225 para anteojos de sol sin receta, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados 	\$25	Cada año calendario

Los beneficios de visión de Kaiser Permanente están incluidos en la cobertura médica y se encuentran en el resumen médico comparativo.

Resumen de beneficios 2021



Public Employees' Benefit Board
500 Summer Street NE
Salem, OR 97301-1063
www.PEBBinfo.com



Esta información solo proporciona un resumen de alto nivel. Para más información consulte la documentación del plan.

Resumen comparativo de los planes dentales PEBB de 2021

Estatus del proveedor del plan	Kaiser Dental (tiempo completo y parcial)	Delta Dental PPO (tiempo completo y parcial)		Delta Dental Premier ¹ (tiempo completo y parcial)	Delta Dental Premier ¹ Part-Time (solo para tiempo parcial)	Kaiser Dental (solo para tiempo parcial)	Willamette Dental Group (tiempo completo y parcial)
	Kaiser Network	En la red	Fuera de la red	Proveedores participantes	Proveedores participantes	Kaiser Network	Dentistas de Willamette Dental Group
Deducible (persona / familia)	Ninguno	\$50/\$150	\$50/\$150	\$50/\$150	\$50	Ninguno	Ninguno
Cobertura anual máxima (máx)	\$1,750	\$1,750	\$1,750	\$1,750	\$1,250	\$1,250	Sin anual máximo ⁶
Servicios de diagnóstico y preventivos	\$0 No cuenta para el máximo anual	0% ² , Sin deducible	10% ² , Sin deducible	0% ² , Sin deducible	0% ²	\$0 No cuenta para el máximo anual	Cubierto con copago de visita a la oficina
Servicios básicos y de mantenimiento	\$5 copago + 20%	20%-año 1 10%-año 2 0%-año 3 ⁴	30%	20%	50%	\$5 copago + 50%	Copago de \$20 por empastes. Otros servicios básicos cubiertos con copago de visita a la oficina
Coronas	\$5 copago + 25%	50%	50%	50%	50%	\$5 copago + 50%	\$250 copago
Implantes	\$5 copago + 50%	50%	50%	50%	No cubierto	No cubierto	\$1,500 por año max ⁵
Dentaduras postizas	\$5 copago + 50%	50%	50%	50%	50%	\$5 copago + 50%	\$290 copago
Ortodoncia	\$5 copago + 50%, hasta \$1,500 por vida ³	50%, hasta \$1,500 por vida ³	50%, hasta \$1,500 por vida ³	50%, hasta \$1,500 por vida ³	No cubierto	No cubierto	\$2,500 copago

¹ Los miembros pueden utilizar cualquier proveedor con licencia en los planes Premier y recibir el nivel de beneficios dentro de la red. Sin embargo, los proveedores fuera de la red pueden facturarle cualquier cantidad en exceso de la asignación máxima del plan.
² Los servicios preventivos No cuentan para el máximo del plan.
³ La cobertura máxima de por vida de \$1,500 es independiente de la cobertura máxima anual de \$1,750.
⁴ Los pagos de beneficios aumentan en un 10% cada año del plan, siempre que el miembro haya visitado a un proveedor de Delta Dental PPO al menos una vez durante el año del plan.
⁵ Solo para cirugía de implantes.
⁶ Los beneficios para la cirugía de implantes tienen un máximo de beneficios.



Inscripción abierta 2021



Resumen de beneficios



Beneficios PEBB 2021
www.PEBBinfo.com

Estatus del proveedor del plan	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence PEBB Statewide PPO		Providence Choice (medical home)		Kaiser Deductible part-time	Kaiser Traditional part-time	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360) part-time		Providence PEBB Statewide PPO part-time		Providence Choice part-time (medical home)	
	Kaiser network	Kaiser network	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹	Kaiser network	Kaiser network	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹
Deductible estándar ²	\$250/persona, \$750/familia	\$0	\$250/persona, \$750/familia	\$500/persona, \$1,500/familia	\$250/persona \$750/familia	\$500/persona, \$1,500/familia	\$250/ persona\$750/ familia	\$500/persona, \$1,500/familia	\$250/persona, \$750/familia	\$0	\$500/persona, \$1,500/familia	\$1,000/persona, \$3,000/familia	\$500/persona, \$1,500/familia	\$1,000/persona, \$3,000/familia	\$500/persona, \$1,500/familia	\$1,000/persona, \$3,000/familia
El deducible adicional para participantes no HEM se aplica a todos los servicios a menos que se indique lo contrario	\$100/persona, \$300/familia	\$100/persona, \$300/familia	\$100/persona, \$300/familia		\$100/persona, \$300/familia		\$100/persona, \$300/familia		\$100/persona, \$300/familia	\$100/persona, \$300/familia	\$100/persona, \$300/familia		\$100/persona, \$300/familia		\$100/persona, \$300/familia	
Máximo de bolsillo (algunos deducibles, copagos, servicios no se aplican)	\$1,500/ persona, \$4,500/familia	\$600/persona, \$1,200/familia	\$1,500/persona, \$4,500/familia	\$4,000/persona, \$12,000/familia	\$1,900/persona, \$5,700 familia	\$4,800/persona, \$14,400/familia	\$1,500/persona, \$4,500/familia	\$4,000/persona, \$12,000/familia	\$1,500/persona, \$4,500/familia	\$1,500/persona, \$3,000/familia	\$2,500/persona, \$7,500/familia	\$6,000/persona, \$18,000/familia	\$3,200/persona, \$9,600/familia	\$7,500/persona, \$22,500/familia	\$2,500/persona, \$7,500/familia	\$6,000/persona, \$18,000/familia
Visita de atención primaria	\$5, sin deducible	\$5	\$10 ⁴ primeras cuatro visitas, sin deducible	30%	15% o 10% ³ primeras cuatro visitas, sin deducible	30%	\$10, primeras cuatro visitas, sin deducible	30%	\$30, sin deducible	\$30	\$40 ¹⁴ primeras cuatro visitas, sin deducible	50%	20% o 15% primeras cuatro visitas, sin deducible	50%	\$40, primeras cuatro visitas, sin deducible	50%
Visita de atención crónica ⁴	\$5, sin deducible	\$5	\$0, sin deducible	30%	0%, sin deducible	30%	\$0, sin deducible	30%	\$30, sin deducible	\$30	\$0, sin deducible	50%	0%, sin deducible	50%	\$0, sin deducible	50%
Visita de atención especializada	\$5 /derivación, sin deducible	\$5, Con derivación	\$10	30%	15%	30%	\$10, Con derivación	30%	\$30 /derivación, sin deducible	\$30, Con derivación	\$40	50%	20%	50%	\$40, Con derivación	50%
Salud mental para pacientes ambulatorios	\$5, sin deducible	\$5	\$10, sin deducible	30%	15%, sin deducible	30%	\$10, sin deducible	30%	\$30, sin deducible	\$30	\$40, sin deducible	50%	20%, sin deducible	50%	\$40, sin deducible	50%
Tratamiento para abuso de sustancias	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	30%	0%, sin deducible	30%	\$0, sin deducible	30%	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	50%	0%, sin deducible	50%	\$0, sin deducible	50%
Servicios de maternidad, prenatal	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	30%	0%, sin deducible	30%	\$0, sin deducible	30%	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	50%	0%, sin deducible	50%	\$0, sin deducible	50%
Servicios de maternidad, parto profesional y servicios postnatales	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	15%	30%	\$0, sin deducible	30%	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	20%	50%	\$0, sin deducible	50%
Cargos en clínicas de maternidad					El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados					El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados	El parto hospitalario está sujeto a cargos para internados
Preventivo	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	30%	0%, sin deducible	30%	\$0, sin deducible	30%	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	50%	0%, sin deducible	50%	\$0, sin deducible	50%
Laboratorio y rayos X	\$15, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	30%	15%	30%	\$0, sin deducible	30%	\$20, sin deducible	\$10	Lab. Quest - \$0, otros proveedores 20%	50%	20%	50%	20%, se aplican deducibles	50%
Hospitalizados por admisión	\$50/día hasta \$250 máx	\$50/día, hasta \$250 máx	\$50/día hasta \$250 máx	\$500 + 40%	15%	\$500 + 40%	\$50/día hasta \$250 máx	\$500 + 40%	\$500	\$500	\$500	\$500 + 50%	20%	\$500 + 50%	\$500	\$500 + 50%
Cirugía ambulatoria en un hospital	15%	\$5	\$10	\$100 + 40%	15%	\$100 + 40%	\$10	\$100 + 40%	20%	\$30	\$40/visita	\$100 + 50%	20%	\$100 + 50%	\$40/visita	\$100 + 50%
Atención de urgencia	\$25, sin deducible	\$5	\$25	\$25	15%	15%	\$25	\$25	\$50	\$30	\$30	30%	20%	20%	\$40	\$40
Sala de emergencias ⁵	\$75	\$75	\$150	\$150	\$150 + 15%	\$150 + 15%	\$150	\$150	\$100	\$100	\$150	\$150	\$150 + 20%	\$150 + 20%	\$150	\$150
Equipo médico duradero	15%, sin deducible	\$0	15%	30%	15%	30%	15%	30%	50%, sin deducible	50%	20%	50%	20%	50%	20%	50%
Insulina, suministros para diabéticos	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible		0%, sin deducible	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible
Nivel de costo adicional (\$100 ⁶ copago/\$500 ⁸ copago – se aplica a todos excepto Kaiser ⁷)	\$100, sin deducible	\$100	\$100/\$500	\$100 + 30%/ \$500 + 30%	\$100 + 15% \$500 + 15%	\$100 + 30% \$500 + 30%	\$100/\$500	\$100 + 30% \$500 + 30%	\$100, sin deducible	\$100	\$100/\$500	\$100 + 50%/ \$500 + 50% ⁹	\$100 + 20% \$500 + 20%	\$100 + 50% \$500 + 50%	\$100/\$500	\$100 + 50% \$500 + 50%
Visitas a proveedores de cuidado alternativo ¹²	\$10, sin deducible	\$10	\$10	30%	15%	30%	\$10	30%	\$10, sin deducible	\$30, con derivación / autorización médica	\$40	50%	20%	50%	\$40	50%
Servicios ¹² de manipulación de la columna vertebral, acupuntura y terapia de masajes ¹³	\$10 para manipulación de la columna y acupuntura; \$25 terapia de masajes; límite de 12 visitas por año; sin deducible	\$10 para manipulación de la columna y acupuntura; sin deducible; terapia de masajes no cubierta	\$10 hasta \$1,000/máx por año combinado. No cuenta para el máx. de bolsillo	30% hasta \$1,000/máx por año combinado. No cuenta para el máx. de bolsillo	15%, hasta 60 servicios/ máx. por año combinado. No cuenta para el máx. de bolsillo	30%, hasta 60 servicios/máx por año combinado. No cuenta para el máx. de bolsillo	\$10/visit, hasta \$1,000/máx por año combinado. No cuenta para el máx. de bolsillo	30%, hasta \$1,000/máx por año combinado. No cuenta para el máx. de bolsillo	\$30 manipulación de la columna y acupuntura; \$25 terapia de masajes; límite de 12 visitas por año; sin deducible	\$30 manipulación de la columna y acupuntura por derivación médica; sin deducible	\$40 hasta \$1,000/máx por año combinado. No cuenta para el máx. de bolsillo	50% hasta \$1,000/máx por año combinado. No cuenta para el máx. de bolsillo	20%, hasta 60 servicios/máx por año combinado. No cuenta para el máx. de bolsillo	50%, hasta 60 servicios/máx por año combinado. No cuenta para el máx. de bolsillo	\$40/visit, hasta \$1,000/máx por año combinado. No cuenta para el máx. de bolsillo	50% hasta \$1,000/máx por año combinado. No cuenta para el máx. de bolsillo
Examen rutinario de visión	\$5	\$5	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	\$30	\$30	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
Beneficio anual de asignación para hardware de visión	\$200	\$200	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
Medicamentos recetados	<ul style="list-style-type: none"> Sin deducible Copagos cuentan al máx de bolsillo \$5 genérico \$25 de marca 50% hasta \$100 máx. marcas no listadas \$50 especialidad Pedido por correo (31-90 días), \$5 genérico, \$25 marca listada, 50% hasta \$100 máx. marca no listada 	<ul style="list-style-type: none"> Sin deducible Copagos cuentan al máx de bolsillo \$1 genérico \$15 de marca \$50 especialidad Pedido por correo (31-90 días), \$1 genérico, \$15 de marca 	<ul style="list-style-type: none"> Deducible de \$50/persona, \$150/familia⁹ Máximo de bolsillo \$1,000/ persona, \$3,000/familia¹⁰ Valor \$0, no sujeto a deducible¹¹ Valor \$0, no sujeto a deducible¹¹ \$10 genérico \$30 marca preferida \$100 especialidad Copago por 2.5 por 90 días Copago por 2.5 por 90 días El miembro paga la diferencia entre la tasa en la red y la cantidad facturada 	<ul style="list-style-type: none"> Deducible en la red, cuenta para el máx. de bolsillo Valor \$0, no sujeto a deducible¹¹ \$10 genérico \$30 marca preferida \$100 especialidad Copago por 2.5 por 90 días Copago por 2.5 por 90 días El miembro paga la diferencia entre la tasa en la red y el monto facturado 	<ul style="list-style-type: none"> \$50/persona, \$150/familia deducible⁹ Máximo de bolsillo \$1,000¹⁰ Valor \$0, no sujeto a deducible¹¹ \$10 genérico \$30 de marca Copago por 2.5 por 90 días \$100 especialidad 	<ul style="list-style-type: none"> Urgencia, emergencia y fuera del país Deducible en la red, cuenta para el máx. de bolsillo Reembolsado como surtido en la red; el miembro paga la diferencia entre la tasa en la red y el monto facturado 	<ul style="list-style-type: none"> \$50/persona, \$150/familia deducible⁹ Máximo de bolsillo \$1,000¹⁰ Valor \$0, no sujeto a deducible¹¹ \$10 genérico \$30 de marca Copago por 2.5 por 90 días \$100 especialidad 	<ul style="list-style-type: none"> Urgencia, emergencia y fuera del país Deducible en la red, cuenta para el máx. de bolsillo Reembolsado como surtido en la red; el miembro paga la diferencia entre la tasa en la red y el monto facturado 	<ul style="list-style-type: none"> Sin deducible Copagos se suman al máximo de bolsillo \$10 genérico \$25 de marca \$50 especialidad Pedido por correo 2 copagos por hasta 90 días de suministros 	<ul style="list-style-type: none"> Sin deducible Copagos cuentan para el máx. de bolsillo \$10 genérico \$25 de marca \$50 especialidad Pedido por correo 2 copagos por hasta 90 días de suministros 	<ul style="list-style-type: none"> \$50/persona, \$150/familia deducible⁹ \$1,000/ persona, \$3,000/familia máximo de bolsillo¹⁰ Valor \$0, no sujeto a deducible¹¹ \$20 genérico \$50 marca preferida \$100 especialidad Copago x 2.5 por 90 días El miembro paga la diferencia entre la tasa en la red y la cantidad facturada 	<ul style="list-style-type: none"> \$50/ persona\$150/ familia deducible¹⁰ Máximo de bolsillo \$1,000⁹ Valor \$0, no sujeto a deducible¹¹ \$20 genérico \$50 marca preferida \$100 especialidad Copago x 2.5 por 90 días El miembro paga la diferencia entre la tasa en la red y la cantidad facturada 	<ul style="list-style-type: none"> Urgencia, emergencia y fuera del país Deducible en la red, cuenta para el máx. de bolsillo Reembolsado como surtido en la red; el miembro paga la diferencia entre la tasa en la red y el monto facturado 	<ul style="list-style-type: none"> \$50/persona, \$150/familia deducible⁹ Máximo de bolsillo \$1,000¹⁰ Valor \$0, no sujeto a deducible¹¹ \$20 genérico \$50 marca preferida \$100 especialidad Copago por 2.5 por 90 días \$100 especialidad 	<ul style="list-style-type: none"> Urgencia, emergencia y fuera del país Deducible en la red, cuenta para el máx. de bolsillo Reembolsado como surtido en la red; el miembro paga la diferencia entre la tasa en la red y el monto facturado 	

1. Para recibir beneficios dentro de la red, los miembros deben elegir un hogar médico en el plan, notificar al plan de su elección y recibir atención a través de proveedores de ese hogar médico o de proveedores a quienes el hogar médico los remita. De lo contrario, los beneficios son por lo general más caros o pueden no estar cubiertos. Consulte la lista de hogares médicos en el sitio web del plan.

2. Todos los planes médicos tienen un deducible estándar del plan (excepto Kaiser HMO). Esta es la cantidad que un miembro debe pagar por los servicios cubiertos antes de que el plan comience a pagar su parte por los servicios cubiertos médicamente necesarios. Los deducibles se aplican por persona, o el deducible familiar se aplica cuando hay tres o más personas en una familia, según el nivel de cobertura elegido por el empleado. Los pagos del deducible se acumulan por separado para los servicios dentro y fuera de la red. Algunos servicios dentro de la red no están sujetos a deducible. Ejemplos: primeras cuatro visitas por persona a un proveedor de atención primaria; insulina y suministros para diabetes; visitas para cuidado de asma, diabetes, enfermedad cardiovascular o insuficiencia cardíaca congestiva; y servicios preventivos. En los planes con deducible de Kaiser, hay otros servicios para los que no se aplica el deducible. Consulte el resumen de beneficios para más detalles.

3. Los miembros del plan PEBB Statewide cuyo proveedor dentro de la red haya sido reconocido por la Autoridad de Salud de Oregon como un hogar de atención primaria centrado en el paciente tendrán el coseguro más bajo.

4. Estas son visitas para el cuidado del asma, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la insuficiencia cardíaca congestiva. No están sujetas a deducible dentro de la red.

5. Los montos de copago por el uso de la sala de emergencias de un hospital no se aplican si el miembro es admitido directamente al hospital para tratamiento como paciente internado. Esto no incluye la admisión para observación. El copago no se aplica al gasto máximo de bolsillo, excepto en los planes de Kaiser. Se aplica el deducible del plan

6. Estos procedimientos son resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, escaneos PET y SPECT; estudios del sueño; inyecciones espinales; endoscopia superior; bunionectomía; cirugía para dedo en martillo y neuroma Morton; y servicio no cubierto en 2021. El copago no se aplica al gasto máximo de bolsillo. No se aplica a procedimientos relacionados con el cáncer. Estos procedimientos pueden usarse en exceso en comparación con sus riesgos y beneficios.

7. Se aplica solamente a resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, escaneos PET y SPECT y estudios del sueño en los planes de Kaiser. El copago adicional se aplica al gasto máximo de bolsillo.

8. Estos son procedimientos quirúrgicos para reemplazo o rejuvenecimiento de cadera o rodilla; artroscopia de rodilla u hombro; cirugía bariátrica; procedimientos de columna; y cirugía de los senos nasales. El copago no se aplica al gasto máximo de bolsillo. No se aplica a procedimientos relacionados con el cáncer. Estos procedimientos pueden tener alternativas que brindan resultados iguales o mejores con menores riesgos y costos.

9. El deducible de medicamentos recetados es de \$ 50 por persona o \$ 150 para familias con tres o más miembros. Se aplica por separado del deducible médico.

10. El gasto máximo de bolsillo para medicamentos recetados es de \$ 1,000 por persona, con un máximo familiar de \$ 3,000. Se acumula por separado del gasto máximo médico de bolsillo.

11. Todos los planes tienen formularios con la lista de los medicamentos cubiertos. Los medicamentos de valor suelen ser medicamentos genéricos que se usan para tratar las afecciones crónicas más comunes.

12. Limitado a \$ 1,000/ año en Providence Choice, Moda y Kaiser. Limitado a 60 visitas / año en el máximo del plan PEBB statewide. Los copagos y el coseguro no se aplican al gasto máximo de bolsillo.

13. Los proveedores fuera de la red de Moda y Providence pueden enviarle una factura por cualquier monto que supere la asignación máxima del plan. El beneficio de terapia de masajes solo está disponible para los miembros del plan con deducible de Kaiser. Los miembros solo tienen acceso a la red de CHP Group. El beneficio no está disponible para los miembros del plan Kaiser Traditional. Para los miembros de Providence, la terapia de masajes solo se aplica al plan Providence Choice.

14. Los miembros deben elegir un PCP 360 con Moda y deben ver al PCP 360 elegido para que todos los servicios de atención primaria estén cubiertos dentro de la red.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en Braille o en el formato que prefiera. Comuníquese con PEBB al 503-373-1102 o envíe un correo electrónico a inquiries.pebb@dhsosha.state.or.us. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión o puede marcar 711.