KAISER PERMANENTE® | DELTA DENTAL® Delta Dental of Oregon & Alaska | Willamette Dental Group

Esta información es solo un resumen general. Consulte los documentos del plan para obtener más detalles.

Comparación resumida de los planes dentales PEBB 2024

Plan dental del proveedor	Kaiser Dental	Delta Dental PPO		Delta Dental Premier[1]	Willamette Dental Group[7]	Kaiser Dental	Delta Dental Premier[1]
Situación laboral	Tiempo completo y tiempo parcial	Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial	Tiempo completo y tiempo parcial	Solo tiempo parcial	Solo tiempo parcial
Red	Red Kaiser	Dentro de la red	Fuera de la red	Proveedores participantes	Dentistas de Willamette Dental Group	Red Kaiser	Proveedores participantes
Deducible: individual/familiar	Ninguno	$50/$150	$50/$150	$50/$150	Ninguno	Ninguno	$50
Cobertura máxima anual	$1,750	$1,750	$1,750	$1,750	Sin máximo anual[6]	$1,250	$1,250
Servicios preventivos y de diagnóstico	$0[2]	0 %[2], sin deducible	10 %[2], sin deducible	0 %[2], sin deducible	Cubierto con el copago de la visita al consultorio	$0[2]	0 %[2]
Servicios básicos y de mantenimiento	Copago de $5 + 20 %	20 %, año 1[4] 10 %, año 2[4] 0 %, año 3[4]	30 %	20 %	Copago de $20 por empastes, otros servicios básicos cubiertos con el copago de la visita al consultorio	Copago de $5 + 50 %	50 %
Coronas	Copago de $5 + 25 %	50 %	50 %	50 %	Copago de $250	Copago de $5 + 50 %	50 %
Implantes	Copago de $5 + 50 %	50 %	50 %	50 %	$1,500 por año[5]	Sin cobertura	Sin cobertura
Dentaduras postizas	Copago de $5 + 50 %	50 %	50 %	50 %	Copago de $290	Copago de $5 + 50 %	50 %
Ortodoncia	Copago de $5 + 50 %, hasta $1,500 de por vida[3]	50 %, hasta $1,800 de por vida[3]	50 %, hasta $1,800 de por vida[3]	50 %, hasta $1,800 de por vida[3]	Copago de $2,500	Sin cobertura	Sin cobertura

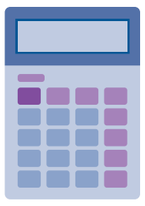
1 Los miembros pueden utilizar cualquier proveedor con licencia en los planes Premier y recibir el nivel de beneficio dentro de la red. Sin embargo, es posible que los proveedores fuera de la red le emitan una factura por cualquier cantidad que supere la cantidad máxima permitida por el plan.
2 Los servicios preventivos no se acumularán para el máximo del plan.
3 La cobertura máxima de por vida de $1,500 (Kaiser) y $1,800 (Delta Dental) 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 cirugía de implantes tienen un máximo de beneficio.
7 Se aplica un copago de $10 por cada visita al consultorio médico, excepto en la primera visita preventiva para pacientes nuevos que no hayan visitado antes a un proveedor participante.

Resumen de beneficios 2024

pebb
Public Employees' Benefit Board

500 Summer Street NE
Salem, OR 97301-1063
www.PEBBinfo.com
503-373-1102

¿Cuánto debo aportar en concepto de primas mensuales?



Su empleador paga una gran parte de los costos de las primas mensuales de sus beneficios principales (médicos, dentales, oftalmológicos). Muchos empleados pagan solo entre el 1 % y el 5 % de esos costos mensuales, dependiendo de lo siguiente:

- su agencia o universidad empleadora;
- el plan que elija;
- el lugar donde vive;
- su situación laboral (a tiempo completo o parcial).

Nota: Es posible que los empleados a tiempo parcial deban pagar más en función de las horas de trabajo. Comuníquese con su Oficina de Nómina para obtener un cálculo más preciso.

Utilice la herramienta de estimación de primas para conocer lo que puede llegar a pagar cada mes.

https://pebbpremiumestimator.com

vsp vision care

Plan básico de Vision Services Plan (VSP)

Beneficio	Descripción	Copago	Frecuencia
WellVision Exam	Se concentra en sus ojos y su bienestar general	$10	Cada año calendario
Anteojos recetados		$25	Ver Marcos y lentes
Marcos	• Asignación de $150 para una amplia selección de marcos • Asignación de $170 para marcas de marcos destacadas • Ahorro del 20 % sobre el monto excedente de su asignación • Asignación para marcos de $150 en Walmart®/Sam's Club® • Asignación para marcos de $80 en Costco®	Incluido en anteojos con graduación	Cada año calendario
Lentes	• Lentes monofocales, lentes bifocales alineados y lentes trifocales alineados • Lentes resistentes a impactos para hijos dependientes	Incluido en anteojos con graduación	Cada año calendario
Mejoras para los lentes	• Lentes progresivos estándar • Lentes progresivos Premium • Lentes progresivos personalizados • Promedio de ahorro del 40 % en otras mejoras para los lentes	$0 $80–$90 $120–$160	Cada año calendario
Contactos (en vez de anteojos)	• Asignación de $200 para lentes de contacto; el copago no se aplica • Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación) • Ahorro del 15 % en el examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación)	Hasta $60	Cada año calendario
Lightcare	• Asignación de $150 para anteojos de sol sin graduación listos para usar o anteojos con filtro de luz azul en lugar de anteojos o lentes de contacto con graduación	$25	Cada año calendario
Terapia de la visión	• Evaluación completamente cubierta y 75 % de descuento en las sesiones de terapia autorizadas, hasta $750 anuales.	25 % de descuento en las sesiones de terapia autorizadas	Cada 12 meses

Plan VSP Plus (incluye cobertura del plan básico)

Beneficio	Descripción	Copago	Frecuencia
Marcos	• Asignación de $225 para una amplia selección de marcos • Asignación de $245 para marcas de marcos destacadas • Ahorro del 20 % sobre el monto excedente de su asignación • Asignación para marcos de $225 en Walmart®/Sam's Club® • Asignación para marcos de $125 en Costco®	Incluido en anteojos con graduación	Cada año calendario
Lentes	Recubrimientos antirreflectantes y lentes progresivos Premium y personalizados Lentes progresivos estándar	Cada uno cubierto en su totalidad después de un copago de $20 $0	Cada año calendario
Lightcare	• Asignación de $225 para anteojos de sol sin graduación listos para usar o anteojos con filtro de luz azul en lugar de anteojos o lentes de contacto con graduación	$25	Cada año calendario
Evaluación de la retina	Los sistemas de imagen de alta resolución toman imágenes del interior del ojo	$10	Cada año calendario

Tenga en cuenta que los beneficios oftalmológicos de Kaiser Permanente están incluidos en la cobertura médica y pueden consultarse en la comparación del resumen médico.

Resumen de beneficios PEBB 2024

Inscripción abierta obligatoria, del 1 al 31 de octubre

pebb
Public Employees' Benefit Board

Plan de salud del proveedor	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)		Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)	
Situación laboral	Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial	
Red	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red[13]	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red[1]	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red[13]	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red[1]
Deducible estándar[2]	$250/individual, $750/familiar	$0	$250/individual, $750/familiar	$500/individual, $1,500/familiar	$250/individual, $750/familiar	$500/individual, $1,500/familiar	$250/individual, $750/familiar	$500/individual, $1,500/familiar	$250/individual, $750/familiar	$0	$500/individual, $1,500/familiar	$1,000/individual, $3,000/familiar	$500/individual, $1,500/familiar	$1,000/individual, $3,000/familiar	$500/individual, $1,500/familiar	$1,000/individual, $3,000/familiar
Se aplica un deducible adicional a los participantes fuera del modelo de compromiso con la salud (HEM) por todos los servicios, salvo que se indique lo contrario	$100/individual, $300/familiar	$100/individual, $300/familiar	$100/individual, $300/familiar		$100/individual, $300/familiar		$100/individual, $300/familiar		$100/individual, $300/familiar	$100/individual, $300/familiar	$100/individual, $300/familiar		$100/individual, $300/familiar		$100/individual, $300/familiar	
Máximo de gastos de bolsillo (algunos deducibles, copagos y servicios no se aplican)	$1,500/individual, $4,500/familiar	$600/individual, $1,200/familiar	$1,500/individual, $4,500/familiar	$4,000/individual, $12,000/familiar	$1,900/individual, $5,700/familiar	$4,800/individual, $14,400/familiar	$1,500/individual, $4,500/familiar	$4,000/individual, $12,000/familiar	$1,500/individual, $4,500/familiar	$1,500/individual, $3,000/familiar	$2,500/individual, $7,500/familiar	$6,000/individual, $18,000/familiar	$3,200/individual, $9,600/familiar	$7,500/individual, $22,500/familiar	$2,500/individual, $7,500/familiar	$6,000/individual, $18,000/familiar
Visita de atención primaria	$5, sin deducible	$5	$10[13] las primeras cuatro visitas, sin deducible	30 %	15 % o 10 %[3] las primeras cuatro visitas, sin deducible	30 %	$10 las primeras cuatro visitas, sin deducible	30 %	$30, sin deducible	$30	$40[13] las primeras cuatro visitas, sin deducible	50 %	20 % o 15 % las primeras cuatro visitas, sin deducible	50 %	$40 las 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 con derivación, sin deducible	$5 con derivación	$10	30 %	15 %	30 %	$10	30 %	$30 con derivación, sin deducible	$30 con derivación	$40	50 %	20 %	50 %	$40	50 %
Atención ambulatoria de salud mental	$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 del trastorno por consumo 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 y posparto	$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 y parto asistido por un profesional	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	$0, sin deducible	30 %	15 %	30 %	$0, sin deducible	30 %	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	$0, sin deducible	50 %	20 %	50 %	$0, sin deducible	50 %
Cargos del centro de maternidad	Incluidos con los servicios de maternidad y parto asistido por un profesional	Incluidos con los servicios de maternidad y parto asistido por un profesional	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Incluidos con los servicios de maternidad y parto asistido por un profesional	Incluidos con los servicios de maternidad y parto asistido por un profesional	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización
Servicios de fertilidad	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros
Prevención	$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 radiografías	$15, sin deducible	$0	$0, sin deducible	30 %	15 %	30 %	$0, sin deducible	30 %	$20, sin deducible	$10	Laboratorios Quest - $0, otros proveedores 20 %	50 %	20 %	50 %	20 %, se aplica el deducible	50 %
Hospitalización por admisión[11]	$50 por día, hasta un máximo de $250	$50 por día, hasta un máximo de $250	$50 por día, hasta un máximo de $250	$500 + 40 %	15 %	$500 + 40 %	$50 por día, hasta un máximo de $250	$500 + 40 %	$500	$500	$500	$500 + 50 %	20 %	$500 + 50 %	$500	$500 + 50 %
Cirugía ambulatoria en un entorno hospitalario[11]	15 %	$5	$10	$100 + 40 %	15 %	$100 + 40 %	$10	$100 + 40 %	20 %	$30	$40 por visita	$100 + 50 %	20 %	$100 + 50 %	$40 por visita	$100 + 50 %
Atención urgente	$25, sin deducible	$5	$25	$25	15 %	15 %	$25	$25	$50	$30	$30	30 %	20 %	20 %	$40	$40
Departamento de emergencias[5]	$150	$150	$150	$150	$150 + 15 %	$150 + 15 %	$150	$150	$150	$150	$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 personas con diabetes	$0, sin deducible	$0	$0, sin deducible[14]	$0, sin deducible[14]	0 %, sin deducible	$0, sin deducible	$0, sin deducible	$0, sin deducible	$0, sin deducible	$0	$0, sin deducible[14]	$0, sin deducible[14]	$0, sin deducible	$0, sin deducible	$0, sin deducible	$0, sin deducible
Nivel de costo adicional (copago de $100[6]/copago de $500[7], no se aplica a Kaiser)	$100, sin deducible para exámenes por imágenes especializadas y estudios del sueño	$100 para exámenes por imágenes especializadas y estudios del sueño únicamente	$100[6]/$500[7]	$100[6] + 30 %/ $500[7] + 30 %	$100[6] + 15 %/ $500[7] + 15 %	$100[6] + 30 %/ $500[7] + 30 %	$100[6]/$500[7]	$100[6] + 30 %/ $500[7] + 30 %	$100, sin deducible para exámenes por imágenes especializadas y estudios del sueño	$100 para exámenes por imágenes especializadas y estudios del sueño únicamente	$100[6]/$500[7]	$100[6] + 50 %/ $500[7] + 50 %	$100[6] + 20 %/ $500[7] + 20 %	$100[6] + 50 %/ $500[7] + 50 %	$100[6]/$500[7]	$100[6] + 50 %/ $500[7] + 50 %
Manipulación espinal y acupuntura[11]	$10; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	$10; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	$10; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	30 %; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	15 %, hasta un máximo combinado de 60 servicios por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	30 %, hasta un máximo combinado de 60 servicios por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	$10; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas. Acupuntura: límite anual de 12 visitas. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	30 %; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas. Acupuntura: límite anual de 12 visitas. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	$10; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	N/C	$40; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	50 %; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	20 %, hasta un máximo combinado de 60 servicios por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	50 %, hasta un máximo combinado de 60 servicios por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	$40; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	50 %; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas
Servicios de terapia de masajes[11,12]	$25, sin deducible; máximo de 12 visitas por año	N/C	$10, hasta un máximo de $1,000 por año	30 %, hasta un máximo de $1,000 por año	15 %, hasta un máximo de $1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	30 %, hasta un máximo de $1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	$10, hasta un máximo de $1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	30 %, hasta un máximo de $1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	$25, sin deducible; máximo de 12 visitas por año	N/C	$40, hasta un máximo de $1,000 por año	50 %, hasta un máximo de $1,000 por año	20 %, hasta un máximo de $1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	50 %, hasta un máximo de $1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	$40 por visita, hasta un máximo de $1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	50 %, hasta un máximo de $1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo
Examen oftalmológico de rutina	$5, sin deducible	$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
Asignación para accesorios oftalmológicos	$200 por año	$200 por año	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

N/C = No corresponde.

1. Para recibir beneficios dentro de la red, los miembros deben elegir un hogar médico en el plan, notificar al plan su elección y recibir atención a través de proveedores de ese hogar médico o de especialistas dentro de la red. De lo contrario, los beneficios suelen tener costos más elevados o no estar cubiertos. Consulte la lista de hogares médicos en el sitio web del plan.
2. Todos los planes médicos tienen un deducible estándar (excepto Kaiser Tradicional). En los planes con deducible Kaiser, el deducible no se aplica a los servicios adicionales; consulte el resumen de beneficios para obtener más información.
3. Los miembros del plan Providence Statewide cuyo proveedor dentro de la red haya sido reconocido por la Oregon Health Authority como hogar de atención primaria centrada en el paciente tendrán el coseguro más bajo.
4. Se trata de visitas para el control del asma, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la insuficiencia cardíaca congestiva. Sin deducible dentro de la red.
5. Sin copago para el uso del departamento de emergencia de un hospital si el miembro ingresa directamente al hospital para recibir tratamiento como paciente hospitalizado. Esto no incluye el ingreso para observación. El copago no se aplica al máximo de gastos de bolsillo, excepto en los planes Kaiser. Se aplica el deducible del plan.
6. Estos procedimientos son resonancias magnéticas (RM), tomografías axiales computarizadas (TAC), tomografías por emisión de positrones (TEP) y tomografía computarizada por emisión de fotón único (TCEFU); estudios del sueño; inyecciones en la columna vertebral; endoscopia superior; bunionectomía; cirugía del dedo en martillo y neuroma de Morton. El copago no se aplica al máximo de gastos de bolsillo. No se aplica a los procedimientos relacionados con el cáncer. Estos procedimientos pueden utilizarse en exceso si se comparan sus riesgos y beneficios. Se aplicará un copago por cada servicio facturado. Pueden aplicarse varios copagos si se realiza más de un servicio en una visita.
7. Se trata de procedimientos quirúrgicos para reemplazo o recubrimiento de cadera o rodilla; artroscopia de rodilla u hombro; cirugía bariátrica; procedimientos de la columna vertebral; y cirugía de senos paranasales. El copago no se aplica al máximo de gastos de bolsillo. No se aplica a los procedimientos relacionados con el cáncer. Estos procedimientos pueden tener alternativas que proporcionen resultados iguales o mejores con riesgos y costos menores.
8. El deducible de los medicamentos recetados es de $50 por persona o $150 para las familias de tres o más miembros. Se aplica por separado del deducible médico.
9. El máximo de gastos de bolsillo por medicamentos recetados es de $1,000 por persona, con un máximo por familia de $3,000. Se acumula por separado del máximo médico de gastos de bolsillo.
10. Todos los planes tienen formularios en los que se enumeran los medicamentos cubiertos. Los medicamentos de valor suelen ser medicamentos genéricos que se utilizan en el tratamiento de las enfermedades crónicas más habituales.
11. Los copagos y el coseguro no se aplican a los máximos de gastos de bolsillo, excepto en el caso de Kaiser.
12. Es posible que los proveedores fuera de la red de Moda y Providence le emitan una factura por cualquier cantidad que supere la cantidad máxima permitida por el plan.
13. Los miembros deben elegir un PCP 360 con Moda y deben consultar a su PCP 360 elegido para que todos los servicios de atención primaria estén cubiertos dentro de la red.
14. No se aplica a las bombas o suministros de insulina. Este beneficio está cubierto por el equipo médico duradero.

Este documento tiene solo fines comparativos y no pretende describir en su totalidad l os beneficios de cada plan. Consulte su Manual para miembros/Evidencia de cobertura para más detalles sobre la cobertura de beneficios. En caso de conflicto entre esta comparación y su Manual para miembros, prevalecerá el Manual para miembros/ Evidencia de cobertura.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con PEBB llamando al 503-373-1102 (voz/texto) o enviando un correo electrónico a pebb.benefits@odhsoha.oregon.gov. Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

	KAISER PERMANENTE®		moda HEALTH		Administered by Providence Health Plan			KAISER PERMANENTE®		moda HEALTH		Administered by Providence Health Plan			
Medicamentos recetados Todos los planes tienen formularios en los que se enumeran los medicamentos cubiertos. Comuníquese con su proveedor para obtener una copia de su formulario o para averiguar si un medicamento está cubierto.	• Sin deducible • Los copagos se acumulan hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo • $5, genérico • $25, de marca • 50 %, hasta un máximo de $100 en medicamentos de marca no incluidos en el formulario • $50, especializado • Pedido por correo: 1 copago por un suministro de hasta 90 días, $5 genérico, $25 de marca del formulario, 50 % hasta $100 máximo de marca no incluido en el formulario	• Sin deducible • Los copagos se acumulan hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo • $1, genérico • $15, de marca • $50, especializado • Pedido por correo: 1 copago por un suministro de hasta 90 días, $1 genérico, $15 de marca	• $50/deducible individual, $150/deducible familiar[8] • $1,000/ individual, máximo de gastos de bolsillo[9] • $0 valor, no sujeto al deducible[10] • $10, genérico • $30, de marca preferida • Copago x 2.5 durante 90 días • $10, especializado genérico • $100, especializado de marca	• Deducible dentro de la red, se aplica el máximo de gastos de bolsillo • $0 valor, no sujeto al deducible[10] • $10, genérico • $30, de marca preferida • $100, especializado • Copago x 2.5 durante 90 días • El miembro paga la diferencia entre las tasas dentro de la red y el importe facturado	• $50/deducible individual, $150/deducible familiar[8] • $1,000, máximo de gastos de bolsillo[9] • $0 valor, no sujeto al deducible[10] • $10, genérico • $30, de marca • Copago x 2.5 durante 90 días • $100, especializado	• Urgencia, emergencia y fuera del país • Deducible dentro de la red, se aplica el máximo de gastos de bolsillo • Reembolsado como si se hubiera surtido dentro de la red; el miembro paga la diferencia entre las tasas dentro de la red y el importe facturado	• $50/deducible individual, $150/deducible familiar[8] • $1,000, máximo de gastos de bolsillo[9] • $0 valor, no sujeto al deducible[10] • $10, genérico • $30, de marca • Copago x 2.5 durante 90 días • $20, especializado genérico • $100, especializado de marca	• Urgencia, emergencia y fuera del país • Deducible dentro de la red, se aplica el máximo de gastos de bolsillo • Reembolsado como si se hubiera surtido dentro de la red; el miembro paga la diferencia entre las tasas dentro de la red y el importe facturado	• Sin deducible • Los copagos se acumulan hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo • $10, genérico • $25, de marca • $50, especializado • Pedido por correo: 2 copagos por un suministro de hasta 90 días	• Sin deducible • Los copagos se acumulan hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo • $10, genérico • $25, de marca • $50, especializado • Pedido por correo: 2 copagos por un suministro de hasta 90 días	• $50/deducible individual, $150/deducible familiar[8] • $1,000/ individual, máximo de gastos de bolsillo[9] • $0 valor, no sujeto al deducible[10] • $20, genérico • $50, de marca preferida • Copago x 2.5 durante 90 días • $20, especializado genérico • $100, especializado	• Deducible dentro de la red, se aplica el máximo de gastos de bolsillo • $0 valor, no sujeto al deducible[10] • $20, genérico • $50, de marca preferida • $100, especializado • Copago x 2.5 durante 90 días • El miembro paga la diferencia entre las tasas dentro de la red y el importe facturado	• $50/deducible individual, $150/deducible familiar[8] • $1,000, máximo de gastos de bolsillo[9] • $0 valor, no sujeto al deducible[10] • $20, genérico • 40 %, de marca preferida • Copago x 2.5 durante 90 días • $100, especializado	• Urgencia, emergencia y fuera del país • Deducible dentro de la red, se aplica el máximo de gastos de bolsillo • Reembolsado como si se hubiera surtido dentro de la red; el miembro paga la diferencia entre las tasas dentro de la red y el importe facturado	• $50/deducible individual, $150/deducible familiar[8] • $1,000, máximo de gastos de bolsillo[9] • $0 valor, no sujeto al deducible[10] • $20, genérico • $50, de marca preferida • Copago x 2.5 durante 90 días • $100, especializado	• Urgencia, emergencia y fuera del país • Deducible dentro de la red, se aplica el máximo de gastos de bolsillo • Reembolsado como si se hubiera surtido dentro de la red; el miembro paga la diferencia entre las tasas dentro de la red y el importe facturado

N/C = No corresponde.

1. Para recibir beneficios dentro de la red, los miembros deben elegir un hogar médico en el plan, notificar al plan su elección y recibir atención a través de proveedores de ese hogar médico o de especialistas dentro de la red. De lo contrario, los beneficios suelen tener costos más elevados o no estar cubiertos. Consulte la lista de hogares médicos en el sitio web del plan.
2. Todos los planes médicos tienen un deducible estándar (excepto Kaiser Tradicional). En los planes con deducible Kaiser, el deducible no se aplica a los servicios adicionales; consulte el resumen de beneficios para obtener más información.
3. Los miembros del plan Providence Statewide cuyo proveedor dentro de la red haya sido reconocido por la Oregon Health Authority como hogar de atención primaria centrada en el paciente tendrán el coseguro más bajo.
4. Se trata de visitas para el control del asma, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la insuficiencia cardíaca congestiva. Sin deducible dentro de la red.
5. Sin copago para el uso del departamento de emergencia de un hospital si el miembro ingresa directamente al hospital para recibir tratamiento como paciente hospitalizado. Esto no incluye el ingreso para observación. El copago no se aplica al máximo de gastos de bolsillo, excepto en los planes Kaiser. Se aplica el deducible del plan.
6. Estos procedimientos son resonancias magnéticas (RM), tomografías axiales computarizadas (TAC), tomografías por emisión de positrones (TEP) y tomografía computarizada por emisión de fotón único (TCEFU); estudios del sueño; inyecciones en la columna vertebral; endoscopia superior; bunionectomía; cirugía del dedo en martillo y neuroma de Morton. El copago no se aplica al máximo de gastos de bolsillo. No se aplica a los procedimientos relacionados con el cáncer. Estos procedimientos pueden utilizarse en exceso si se comparan sus riesgos y beneficios. Se aplicará un copago por cada servicio facturado. Pueden aplicarse varios copagos si se realiza más de un servicio en una visita.
7. Se trata de procedimientos quirúrgicos para reemplazo o recubrimiento de cadera o rodilla; artroscopia de rodilla u hombro; cirugía bariátrica; procedimientos de la columna vertebral; y cirugía de senos paranasales. El copago no se aplica al máximo de gastos de bolsillo. No se aplica a los procedimientos relacionados con el cáncer. Estos procedimientos pueden tener alternativas que proporcionen resultados iguales o mejores con riesgos y costos menores.
8. El deducible de los medicamentos recetados es de $50 por persona o $150 para las familias de tres o más miembros. Se aplica por separado del deducible médico.
9. El máximo de gastos de bolsillo por medicamentos recetados es de $1,000 por persona, con un máximo por familia de $3,000. Se acumula por separado del máximo médico de gastos de bolsillo.
10. Todos los planes tienen formularios en los que se enumeran los medicamentos cubiertos. Los medicamentos de valor suelen ser medicamentos genéricos que se utilizan en el tratamiento de las enfermedades crónicas más habituales.
11. Los copagos y el coseguro no se aplican a los máximos de gastos de bolsillo, excepto en el caso de Kaiser.
12. Es posible que los proveedores fuera de la red de Moda y Providence le emitan una factura por cualquier cantidad que supere la cantidad máxima permitida por el plan.
13. Los miembros deben elegir un PCP 360 con Moda y deben consultar a su PCP 360 elegido para que todos los servicios de atención primaria estén cubiertos dentro de la red.
14. No se aplica a las bombas o suministros de insulina. Este beneficio está cubierto por el equipo médico duradero.

Este documento tiene solo fines comparativos y no pretende describir en su totalidad l os beneficios de cada plan. Consulte su Manual para miembros/Evidencia de cobertura para más detalles sobre la cobertura de beneficios. En caso de conflicto entre esta comparación y su Manual para miembros, prevalecerá el Manual para miembros/ Evidencia de cobertura.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con PEBB llamando al 503-373-1102 (voz/texto) o enviando un correo electrónico a pebb.benefits@odhsoha.oregon.gov. Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

200-254952_MSC 5564 2024 (09/2023)_Spanish