OEBB
Año plan 2016-17

Guía para la Inscripción abierta en beneficios

Inscripción abierta obligatoria
Todos los miembros OEBB deben ingresar a la página durante la Inscripción abierta y elegir sus beneficios médicos, dentales y de la vista para 2016-17.

No es obligatorio inscribirse en planes opcionales; los beneficios elegidos actuales seguirán siendo los mismos a menos que se cambien.

La inscripción abierta es del **15 de agosto al 15 de septiembre** para la mayoría de los miembros de OEBB. La fecha límite de su empleador podría ser distinta. Verifique las fechas con su empleador.

Inscripción
A partir del 15 de agosto

oregon.gov/OHA/OEBB

Contenido

¡Le damos la bienvenida a la Inscripción abierta 2016! **3**

Puntos principales para 2016-17 ..... **4**

Tipos de planes de salud 5

Comparaciones entre 2015-16 y 2016-17 6-7

Planes médicos **8-10**

Beneficios de medicamentos de venta con receta médica (Rx) 11

Planes dentales **12-13**

Planes de la vista **14**

Programa Futuros sanos de OEBB **15**

La evaluación médica por Internet **16**

Planes opcionales **17-19**

oebb

¡Le damos la bienvenida a la Inscripción abierta 2016!

La presente guía contiene información básica sobre:

- **Novedades para 2016**
- **Cuándo y cómo inscribirse**
- **Cómo disminuir el deducible a través del programa Futuros sanos**
- **Dónde obtener más detalles**

El sitio Web de OEBB (oregon.gov/OHA/OEBB) contiene:

- **Un enlace directo para el sistema de inscripción MyOEBB**
- **Videos profesionales sobre temas importantes como**
  - › Seguro médico 101. Explica términos como "deducible", "pagos máximos del bolsillo propio" (OOP, por sus siglas en inglés), "copago" y "coaseguro" con sugerencias que le ayudarán a elegir el plan que mejor se adecúe a sus necesidades.
  - › Inscripción y cambios en beneficios. Explica cuándo puede uno inscribirse en un plan o como cambiar de plan, QSC, oportunidades especiales disponibles para los empleados recién contratados y las consecuencias de esperar para inscribirse en ciertos planes.
  - › A quién llamar Explica el papel de OEBB, aseguradoras, empleados y proveedores: de qué se encarga cada uno de ellos y quién puede brindar ayuda en situaciones diversas
  - › Tipos de planes de salud. Explica los términos HMO, PPO, CCM y central médica, así como la manera en que estos términos se aplican en los planes de OEBB, cómo funcionan dichos planes y cómo elegir el tipo de plan que mejor se adecúe a sus necesidades.
  - › HSA y HDHP Explica las cuentas de ahorros para gastos médicos (Health Savings Accounts o HSA) y los planes de salud con deducibles elevados (High-Deductible Health Plans o HDHP), cómo funcionan y cómo determinar si son una opción acertada para usted.
  - › Planificación para la jubilación Explica las reglas de OEBB específicas para los jubilados y ayuda a los miembros a establecer una base adecuada antes de que se jubilen.
- **Presentaciones en videos cortos de OEBB y de las aseguradoras sobre**
  - › Opciones de planes médicos, dentales y de la vista
  - › Planes médicos Synergy/Summit
  - › Planes opcionales (vida, muerte y pérdida de extremidades por accidente [AD&D, por sus siglas en inglés], discapacidades de corto o largo plazo, atención de largo plazo, EAP [programa de asistencia al empleado])
  - › Demostración del sistema de inscripción MyOEBB
- **Enlaces para la programación de seminarios Web y para inscribirse en los mismos. A través de los seminarios Web, usted podrá**
  - › Informarse sobre las opciones de planes de beneficios y programas
  - › Hacer preguntas y recibir respuestas de representantes en vivo

¡Herramientas NUEVAS en el sitio Web de OEBB!

- **Enlace fácil para inscribirse**
- **Videos educativos**
- **Enlaces para la programación de seminarios Web y para inscribirse en los mismos**

oregon.gov/OHA/OEBB

oebb

Puntos principales para 2016-17

Vistazo a cambios importantes únicamente. No se han incluido todos los detalles.

OEBB tiene por meta brindar:

Opciones. Una amplia gama de planes que se adecúen a las necesidades de los miembros y simplificar el proceso de elección

Una mejor salud. Incentivos y programas de bienestar para ayudar a los miembros a conservarse lo más sanos posibles

Sustentabilidad. Beneficios que resulten lógicos, desde el punto de vista económico, para un futuro próximo

Los cambios más significativos para 2016-17 son:

- **Todos los planes de Moda Health son nuevos.** Nombres nuevos, deducibles nuevos y cantidades nuevas para los pagos máximos del bolsillo propio
- **Los planes médicos 2 y 3 de Kaiser** han incrementado la cantidad del deducible y del pago máximo del bolsillo propio (ningún cambio al plan médico 1 de Kaiser)
- **Los planes PPO* de Moda** han incrementado los copagos en farmacias (ningún cambio a los beneficios de farmacia en los planes Synergy/Summit de Moda o los planes de Kaiser)
  *salvo en los condados de Coos y Curry en los que las opciones Synergy/Summit no están disponibles
- **Todos los planes de la vista de Moda Health son nuevos.** Planes con nombres nuevos, algunas cantidades nuevas de beneficios máximos
- **El plan de la vista de Kaiser** fusiona las cantidades permitidas individuales para monturas, cristales y lentes de contacto en un monto de beneficios máximo de $250
- **El plan dental 8 de Kaiser** tiene un nuevo monto de beneficios máximo de $4,000 al año
- **Todos los planes dentales** cubrirán los protectores dentales para dormir

oebb

Puntos principales para 2016-17

Vistazo a cambios importantes únicamente. No se han incluido todos los detalles.

Tipos de planes de salud

OEBB ofrece diversos planes de salud para satisfacer una amplia gama de necesidades y preferencias. A continuación, ofrecemos explicaciones sobre los diferentes tipos de planes (HMO, CCM y PPO), el significado de dichos términos y lo que significan para usted en términos de acceder la atención. ¡Mire el cortometraje animado de OEBB titulado "Types of Health Plans" (Tipos de planes médicos) para informarse más al respecto!
oregon.gov/OHA/OEBB/pages/videos.aspx

*Se considera a las HMO y a las CCM **sistemas de atención** en los que uno elige un médico de atención principal (PCP, por sus siglas en inglés) o una central médica para que colaboren con una red cerrada de profesionales y coordinen toda la atención. Dichos sistemas de atención han demostrado brindar una atención médica mejor a costos menores.*

Planes Kaiser Permanente HMO (Health Maintenance Organization [Organización de mantenimiento de la salud]) de OEBB

- Red de proveedores exclusivos
- Elija un médico de atención principal (PCP, por sus siglas en inglés)
- El PCP coordina la atención del paciente y lo deriva a especialistas
- No ofrece beneficios fuera de la red (salvo en una emergencia y para los dependientes que se encuentran fuera del área)
- Suele costar menos

Los planes Synergy/Summit de Moda Health a través de OEBB emplean el modelo de atención coordinada (Coordinated Care Model o CCM)

- Proveedores de la red de centrales médicas
- Elija una central médica
- El PCP o la central médica coordina la atención – el acceso directo a los especialistas de la central médica
- Se dispone de un beneficio fuera de la red (el coaseguro es mayor)
- Suele costar menos

Los planes PPO de Moda Health a través de OEBB, *llamados previamente "Planes estatales",* **son planes PPO (organización de proveedor preferido)**

- Amplia gama de proveedores de la Red Connexus
- Vaya a ver a cualquier proveedor de la red en cualquier momento
- Se dispone de un beneficio fuera de la red (el coaseguro es mayor)
- Suele costar más

Estos colores o etiquetas indican cuáles de los tipos de planes se aplican a los planes que ofrece OEBB:

HMO	Plan HMO (organización de mantenimiento de la salud)
CCM	Plan CCM (modelo de atención coordinada)
PPO	Plan PPO (organización de proveedor preferido)

Fíjese en estos símbolos y colores en la guía al momento de evaluar sus opciones de plan médico.

oebb

Puntos principales para 2016-17

Vistazo a cambios importantes únicamente. No se han incluido todos los detalles.

Los cuadros de la presente página muestran el deducible individual y la cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (máx. OOP) tanto de los planes actuales 2015-16 como de los nuevos planes 2016-17. Las flechas en la sección de Moda Health le ayudarán a guiarle desde el plan que eligió anteriormente al plan o a los planes de 2016-17 con los beneficios más parecidos.

Cambios a planes médicos

HMO **Planes médicos de Kaiser Permanente**

Plan	Deducible para 2015-16	Deducible para 2016-17
1	**Ninguno** $1,500 máx. OOP	**Ninguno** $1,500 máx. OOP
2	**$200** $3,400 máx. OOP	**$800** $4,000 máx. OOP
3 HSA opcional	**$1,500** $5,000 máx. OOP	**$1,600** $6,500 máx. OOP

¡NINGÚN CAMBIO!

CCM **PPO** **Planes médicos de Moda Health**

Plan	Deducible para 2015-16	Plan	Deducible para 2016-17
A	**$200** $2,400 máx. OOP	Alder	**$400** $3,000 máx. OOP **CCM** (Synergy/Summit) únicamente (salvo en los condados de Coos y Curry)
B	**$350** $2,950 máx. OOP		
C	**$500** $3,300 máx. OOP	Birch	**$800** $4,000 máx. OOP Ambos **CCM** (Synergy/Summit) y **PPO** son opciones
D	**$750** $3,800 máx. OOP		
E	**$1,000** $4,250 máx. OOP	Cedar	**$1,200** $5,000 máx. OOP Ambos **CCM** (Synergy/Summit) y **PPO** son opciones
F	**$1,250** $5,500 máx. OOP		
G	**$1,500** $6,350 máx. OOP	Dogwood	**$1,600** $6,850 máx. OOP Ambos **CCM** (Synergy/Summit) y **PPO** son opciones
H. HSA obligatoria	**$1,500** $5,000 máx. OOP	Evergreen HSA obligatoria	**$1,600** $6,550 máx. OOP Ambos **CCM** (Synergy/Summit) y **PPO** son opciones

oebb

Puntos principales para 2016-17

Vistazo a cambios importantes únicamente. No se han incluido todos los detalles.

HMO

¡NINGÚN CAMBIO a los beneficios de medicamentos de venta con receta médica en los planes de Kaiser!

CCM

¡NINGÚN CAMBIO a los beneficios de medicamentos de venta con receta en los planes de Synergy/Summit de Moda!

Cambios a los beneficios de farmacia (establecimiento comercial)

El descuento a los pedidos por correo continúa para todos los planes.

PPO	Planes 2015-16 de Moda: A-G	Planes PPO 2016-17 de Moda: Birch, Cedar y Dogwood
Valor	**$0**	**$4**
Genérico	**$8**	**$12**
Marca preferencial	**25 %** hasta $50	**25 %** hasta $75
Marca no preferencial	**50 %** hasta $150	**50 %** hasta $175

El pago compartido ha aumentado $4 (planes PPO únicamente)

El límite del coaseguro ha aumentado a $25 (planes PPO únicamente)

PPO	Planes 2015-16 de Moda: H.	Plan PPO 2016-17 de Moda: Evergreen
Valor	**$0**	**$4**

El pago compartido ha aumentado $4 (planes PPO únicamente)

Cambios a los planes dentales

- **Plan dental 8 de Kaiser** — Nuevo beneficio anual de $4,000
- **Todos los planes** han añadido cobertura para los protectores dentales para dormir

Cambios a los planes de la vista

Planes de la vista de Kaiser Permanente

Deben combinarse con un plan médico de Kaiser.

Beneficio 2015-16	Beneficio 2016-17
$75 monturas	**$250** Fusión de los montos permitidos en un beneficio máximo
$109 cristales	
$192.50 lentes de contacto	

Planes de la vista de Moda 2015-16 / **Planes de la vista de Moda 2016-17**

Plan	Beneficio	Plan	Beneficio
4	**$600**	Opal	**$600**
3	**$450**	Pearl	**$400**
2	**$350**		
1	**$250**	Quartz	**$250**

oebb

Planes médicos

HMO **Plan HMO** (organización de mantenimiento de la salud)

CCM **Plan CCM** (modelo de atención coordinada)

PPO **Plan PPO** (organización de proveedor preferido)

Planes médicos

En estas páginas se señalan las diferencias claves entre los planes médicos que ofrece OEBB. Para obtener un resumen más detallado de los beneficios de cada uno de los planes, visite el sitio Web de OEBB (oregon.gov/OHA/OEBB) y haga clic en "Plan Designs and Rates" (diseños y tarifas de planes) o si desea los detalles completos de las coberturas, haga clic en "Plan Handbooks" (manuales de los planes).

Plan 1 de Kaiser HMO	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Deducible (Individual)	Ninguno	Consultar el manual del plan
Deducible (Familiar)	Ninguno	Consultar el manual del plan
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Individual)	$1,500	Consultar el manual del plan
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Familiar)	3,000	Consultar el manual del plan
Visita al consultorio del médico principal	$20	No está cubierta
Visita al consultorio de un especialista	$30	No está cubierta

HMO: Deben utilizarse los locales de Kaiser Permanente; no están disponibles en todas las zonas

Plan 2 de Kaiser HMO	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Deducible (Individual)	$800	Consultar el manual del plan
Deducible (Familiar)	$2,400	Consultar el manual del plan
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Individual)	$4,000	Consultar el manual del plan
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Familiar)	$12,000	Consultar el manual del plan
Visita al consultorio del médico principal	$25[1]	No está cubierta
Visita al consultorio de un especialista	$35[1]	No está cubierta

[1] Deducible dispensado.

HMO: Deben utilizarse los locales de Kaiser Permanente; no están disponibles en todas las zonas

Plan Alder de Moda CCM	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Deducible (Individual)	$400	$800
Deducible (Familiar)	$1,200	$2,400
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Individual)	$3,000	$6,000
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Familiar)	$9,000	$18,000
Visita al consultorio del médico principal	20 %	50 %
Visita al consultorio de un especialista	20 %	50 %

CCM (Synergy/Summit) únicamente, salvo en los condados de Coos y Curry

oebb

Planes médicos

Planes médicos

En estas páginas se señalan las diferencias claves entre los planes médicos que ofrece OEBB. Para obtener un resumen más detallado de los beneficios de cada uno de los planes, visite el sitio Web de OEBB (oregon.gov/OHA/OEBB) y haga clic en "Plan Designs and Rates" (diseños y tarifas de planes) o si desea los detalles completos de las coberturas, haga clic en "Plan Handbooks" (manuales de los planes).

Plan Birch de Moda CCM PPO	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Deducible (Individual)	$800	$1,600
Deducible (Familiar)	$2,400	$4,800
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Individual)	$4,000	$8,000
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Familiar)	$12,000	$24,000
Visita al consultorio del médico principal	20 %	50 %
Visita al consultorio de un especialista	20 %	50 %

CCM (Synergy/Summit), salvo en los condados de Coos y Curry

PPO disponible en todas las zonas

Plan Cedar de Moda CCM PPO	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Deducible (Individual)	$1,200	$2,400
Deducible (Familiar)	$3,600	$7,200
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Individual)	$5,000	$10,000
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Familiar)	$13,700	$27,400
Visita al consultorio del médico principal	20 %	50 %
Visita al consultorio de un especialista	20 %	50 %

CCM (Synergy/Summit), salvo en los condados de Coos y Curry

PPO disponible en todas las zonas

Plan Dogwood de Moda CCM PPO	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Deducible (Individual)	$1,600	$3,200
Deducible (Familiar)	$4,800	$9,600
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Individual)	$6,800	$13,700
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Familiar)	$13,700	$27,400
Visita al consultorio del médico principal	20 %	50 %
Visita al consultorio de un especialista	20 %	50 %

CCM (Synergy/Summit), salvo en los condados de Coos y Curry

PPO disponible en todas las zonas

Planes médicos

Planes médicos

En estas páginas se señalan las diferencias claves entre los planes médicos que ofrece OEBB. Para obtener un resumen más detallado de los beneficios de cada uno de los planes, visite el sitio Web de OEBB (oregon.gov/OHA/OEBB) y haga clic en "Plan Designs and Rates" (diseños y tarifas de planes) o si desea los detalles completos de las coberturas, haga clic en "Plan Handbooks" (manuales de los planes).

Estos dos planes son los únicos que cumplen con la HSA (cuenta de ahorros para gastos médicos) que OEBB ofrece. El Plan Evergreen de Moda ***TIENE QUE*** *combinarse con una HSA, mientras que el Plan 3 de Kaiser* ***PUEDE*** *combinarse con una HSA, aunque no es obligatorio.*

A estos planes se les conoce como planes de salud con deducibles elevados (High Deductible Health Plans o HDHP). ¡Mire el video animado corto de OEBB titulado "HSAs & HDHPs" para informarse más al respecto! oregon.gov/OHA/OEBB/pages/videos.aspx

Plan Evergreen de Moda HSA obligatoria	CCM	PPO	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Deducible (Individual)			$1,600[2]	$3,200[2]
Deducible (Familiar)			$3,200[2]	$6,400[2]
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Individual)			$6,550[2]	$13,100[2]
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Familiar)			$13,100[2]	$26,200[2]
Visita al consultorio del médico principal			20 %	50 %
Visita al consultorio de un especialista			20 %	50%

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

CCM (Synergy/Summit), salvo en los condados de Coos y Curry

PPO disponible en todas las zonas

Plan 3 de Kaiser HSA opcional	HMO	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Deducible (Individual)		$1,600[2]	Consultar el manual del plan
Deducible (Familiar)		$3,200[2]	Consultar el manual del plan
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Individual)		$6,550[2]	Consultar el manual del plan
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio (Familiar)		$13,100[2]	Consultar el manual del plan
Visita al consultorio del médico de atención principal		20 %	No está cubierta
Visita al consultorio de un especialista		20 %	No está cubierta

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

HMO: Deben utilizarse los locales de Kaiser Permanente; no están disponibles en todas las zonas

oebb

Beneficios de medicamentos de venta con receta

Todos los planes médicos que ofrece OEBB incluyen la cobertura de los medicamentos de venta con receta, la cual varía según el tipo de plan médico tal como se muestra a continuación. Todas las cantidades a continuación reflejan a proveedores dentro de la red. Consulte el manual del plan para determinar si se dispone de beneficios fuera de la red.

	No cumple con la HSA			Cumple con la HSA		
	Planes HMO	**Planes CCM** (Synergy/Summit)	**Planes PPO**	**Planes HMO**	**Planes CCM** (Synergy/Summit)	**Planes PPO**
	Planes 1 y 2 de Kaiser	Alder, Birch, Cedar y Dogwood de Moda	Birch, Cedar y Dogwood de Moda	Plan 3 de Kaiser	Evergreen de Moda	Evergreen de Moda
Cantidad máxima de pagos del bolsillo propio para medicamentos de venta con receta (Rx)	$1,100 (Rx máx. se aplica también a la cantidad máx. de OOP)	Rx se aplica hacia la cantidad máx. de OOP	Rx se aplica hacia el costo compartido máximo (Max Cost Share)	Rx se aplica hacia la cantidad máx. de OOP	Rx se aplica hacia la cantidad máx. de OOP	Rx se aplica hacia la cantidad máx. de OOP
En establecimiento comercial						
Valor (Planes de Moda únicamente)	NA	$0 (suministro hasta para 90 días)	$4 (suministro hasta para 90 días)	NA	$0[1] (suministro hasta para 90 días)	$4[1] (suministro hasta para 90 días)
Genéricos (Planes de Kaiser) Genéricos selectos (Planes de Moda)	$5 por suministro de 30 días	$8 por suministro de 31 días	$12 por suministro de 31 días	20 %	20 %	20 %
Marca preferencial	$25 por suministro de 30 días	25% hasta $50 por suministro	25% up to $75 por suministro	20 %	20 %	20 %
Marca no preferencial	$45 por suministro de 30 días si se satisfacen los criterios	50 % hasta $150 por suministro de 31 días	50 % hasta $175 per suministro de 31 días	20 %	20 %	20 %
Por correo						
Valor (Planes de Moda únicamente)	NA	$0	$8	NA	$0[1] (suministro hasta para 90 días)	$8[1] (suministro hasta para 90 días)
Genéricos (Planes de Kaiser) Genéricos selectos (Planes de Moda)	$10 por suministro de 90 días	$16	$24	20 %	20 %	20 %
Marca preferencial	$50 por suministro de 30 días	25 % hasta $100 por suministro	25 % hasta $150 por suministro	20 %	20 %	20 %
Marca no preferencial	$90 por suministro de 30 días si se satisfacen los criterios	50 % hasta $300 por suministro de 90 días	50 % hasta $450 por suministro de 90 días	20 %	20 %	20 %
Especializados						
Genéricos selectos (Planes de Kaiser únicamente) y de marca preferencial	25 % hasta $100 por suministro de 30 días	25 % hasta $100 por suministro de 31 días	25 % hasta $200 por suministro de 31 días	20 %	20 %	20 %
Marca no preferencial	25 % hasta $100 por suministro	50 % hasta $300 por suministro de 31 días	50 % hasta $500 por suministro de 31 días	20 %	20 %	20 %

[1] Deducible dispensado.

Planes dentales

Planes dentales

En estas páginas se señalan las diferencias clave entre los planes dentales que ofrece OEBB. Para obtener un resumen más detallado de los beneficios de cada uno de los planes, visite el sitio Web de OEBB (oregon.gov/OHA/OEBB) y haga clic en "Plan Designs and Rates" (diseños y tarifas de planes) o si desea los detalles completos de las coberturas, haga clic en "Plan Handbooks" (manuales de los planes).

El periodo de 12 meses de espera se aplica cuando la persona rechaza la cobertura dental o de la vista y se inscribe posteriormente durante un periodo de inscripción abierta.

Si usted no se inscribió o no inscribió a sus dependiente en un seguro dental o de la vista cuando fue elegible inicialmente para ello y luego opta por inscribirse durante un periodo de inscripción abierta, se considerará que usted o su dependiente "se inscribieron tarde" y serán objeto de un periodo de espera de 12 meses en todos sus planes dentales y de la vista, lo que significa que el seguro cubrirá únicamente la atención de diagnóstico y prevención en el caso de los planes dentales, y los exámenes de la vista de rutina en el caso de los planes de la vista durante los 12 primeros meses completos de la cobertura.

¿Todavía no está familiarizado con Willamette Dental Group o con Kaiser Permanente?

Es obligatorio atenderse en los locales y con los proveedores de Willamette Dental Group y de Kaiser Permanente para que éstos cubran los servicios prestados. Si usted está cubierto actualmente por una aseguradora distinta y se va a trasladar a uno de estos planes, tenga presente que deberá cambiar de proveedores.

¿Qué es un plan dental con incentivos?

Los planes dentales 1, 2 y 3 de Moda/Delta son "planes con incentivos," lo que significa que siempre que usted visite al dentista por lo menos una vez al año, el nivel del beneficio para ciertos servicios incrementará al año siguiente (hasta un 100 por ciento como máximo). Si se traslada a uno de los planes "sin incentivos" (plan dental 8 de Kaiser, plan dental 8 del Willamette Dental Group y planes dentales 4 y 6 de Moda/Delta), no conservará el nivel mayor de beneficio que haya obtenido anteriormente. Si vuelve a un plan con incentivos en el futuro, su beneficio empezará nuevamente al 70 por ciento.

oebb

Delta Dental = Moda Health/ODS
Los planes dentales del 1 al 6 no han cambiado de aseguradora, solamente de nombre. Notará cualquiera de los dos nombres en diversos lugares. Moda Health es la aseguradora que se debe contactar respecto a estos planes.

	DELTA DENTAL	DELTA DENTAL	DELTA DENTAL	DELTA DENTAL	DELTA DENTAL	KAISER PERMANENTE	Willamette Dental Group
Dental	**Plan dental 1***	**Plan dental 2***	**Plan dental 3***	**Plan dental 4**	**Plan dental 6**	**Plan dental 8†**	**Plan dental 8‡**
Copago para visitas a consultorios dentales	NA	NA	NA	NA	NA	$20*	$20[3]*
Beneficio máximo	$2,200	$1,500	$1,500	$1,500	$1,200	$4,000***	NA
Deducible	$50	$50	$50	$50	$50	NA	NA
Servicios preventivos y diagnósticos* - Deducible dispensado en el caso de servicios preventivos y diagnósticos en los planes dentales de Delta							
Exámenes, radiografías y limpieza (profilaxis) bucales tratamientos con flúor y mantenedores de espacios	70 % + 10 % cada año plan	70 % + 10 % cada año plan	70 % + 10 % cada año plan	100 %	100 %	100 %*	100 %*
Servicios de restauración*							
Empastes de rutina, incrustaciones y coronas de acero inoxidable	70 % + 10 %[1] cada año plan	70 % + 10 %[1] cada año plan	70 % + 10 %[1] cada año plan	80 %[1]	80 %[1]	100 %[2]*	100 %[2]*
Ortodoncia* (Todos los planes salvo el plan dental 6 de Delta)							
Tratamiento de ortodoncia	80 % a $1,800 como máximo de por vida	80 % a $1,800 como máximo de por vida	80 % a $1,800 como máximo de por vida	80 % a $1,800 como máximo de por vida	NA	Pago compartido de $1,500 + $20 por visita	Pago compartido de $1,500 + $20 por visita **
Beneficio nuevo para 2016-17							
Protectores oclusales (protectores dentales para dormir)	50 % hasta $150 como máximo, una vez cada 5 años	50 % hasta $150 como máximo, una vez cada 5 años	50 % hasta $150 como máximo, una vez cada 5 años	50 % hasta $150 como máximo, una vez cada 5 años	50 % hasta $150 como máximo, una vez cada 5 años	50 % hasta $150 como máximo, una vez cada 5 años	100 %[4]

*Bajo los planes dentales 1 a 3 de Delta, los beneficios empiezan al 70 % el primer año del plan, aumentando luego en un 10 % cada año plan (hasta un 100 % como máximo) siempre que la persona haya ido a ver al dentista por lo menos una vez en el transcurso del año plan anterior. El cambio entre un plan con incentivos (1 al 3) y un plan sin incentivos (4, 6 y 8) afectará el nivel de beneficios.

† El plan dental 8 de Kaiser ya no exige que uno esté inscrito en un plan médico de Kaiser. Los servicios deben ser prestados por un proveedor contratado por Kaiser para que los beneficios sean pagados. Consulte los detalles en el manual.

‡ Bajo el Plan 8 de Willamette Dental Group, los servicios deben ser prestados por uno de los proveedores de Willamette Dental Group para que los beneficios sean pagados. Consulte los detalles en el manual.

*Para los planes de Kaiser Permanente y de Willamette Dental Group: El pago compartido por visita a un consultorio se aplica a cada visita, además de cualquier otro pago compartido del plan por servicios.

**La tarifa de $150 por servicio preortodóntico se acredita al beneficio de ortodoncia si el paciente acepta el plan de tratamiento.

***La atención preventiva y ortodóntica no se cuentan como parte de esta cantidad máxima

[1] Empastes posteriores pagados según tarifa de amalgama.

[2] Se cubren los empastes en un 100 % en el caso todas las superficies dentales con amalgama, anteriores compuestas y posteriores compuestas de una sola superficie. Los pacientes pueden solicitar empastes compuestos, los cuales son más costosos y suponen tarifas adicionales. Comuníquese directamente con Kaiser Permanente o con Willamette Dental Group para obtener las tarifas exactas.

[3] En el caso de servicios preventivos determinados, se dispensa el copago a consultorios para los pacientes que estén inscritos en el programa de Gestión de padecimiento dental crónico (Chronic Condition Dental Management).

[4] Reemplazo, una vez cada 2 años, de un dispositivo extraviado o robado, reemplazo o compostura de un dispositivo roto o averiado según se necesite.

Este documento se facilita para fines de comparación únicamente y no con la intención de ofrecer los detalles completos de cada plan. Consulte más detalles sobre la cobertura de beneficios en el manual del miembro. En caso de producirse una discrepancia entre esta comparación y el manual del miembro, este último prevalecerá.

Planes de la vista

Planes de la vista

En esta página se resumen los beneficios que ofrecen todos los planes de la vista a través de OEBB. Si desea los detalles completos de las coberturas, visite el sitio Web de OEBB (oregon.gov/OHA/OEBB) y haga clic en "Plan Handbooks" (manuales de los planes).

El periodo de 12 meses de espera se aplica cuando la persona rechaza la cobertura dental o de la vista y se inscribe posteriormente durante un periodo de inscripción abierta.

Si usted no se inscribió o no inscribió a sus dependiente en un seguro dental o de la vista cuando fue elegible inicialmente para ello y luego opta por inscribirse durante un periodo de inscripción abierta, se considerará que usted o su dependiente "se inscribieron tarde" y serán objeto de un periodo de espera de 12 meses en todos sus planes dentales y de la vista, lo que significa que el seguro cubrirá únicamente la atención de diagnóstico y prevención en el caso de los planes dentales, y los exámenes de la vista de rutina en el caso de los planes de la vista durante los 12 primeros meses completos de la cobertura.

Debe combinarse un plan de la vista de Kaiser con un plan médico de Kaiser

Para poder inscribirse en un plan de la vista de Kaiser a través de OEBB, hay que estar inscrito en uno de los planes médicos de Kaiser que se ofrecen a través de OEBB. Puede inscribirse en un plan de la vista de Moda junto con un plan médico de Kaiser, pero no puede inscribirse en un plan de la vista de Kaiser junto con un plan médico de Moda, o si opta por no inscribirse (opt-out) o rechaza la cobertura médica a través de OEBB.

	moda HEALTH	moda HEALTH	moda HEALTH	KAISER PERMANENTE®
Vista	**Plan Opal**	**Plan Pearl**	**Plan Quartz**	**Plan de la vista****
Cantidad máxima para el año plan	$600*	$400*	$250*	$250
Examen de la vista de rutina	100 % Una vez por año plan	100 % Una vez por año plan	100 % Una vez por año plan	Consulte los beneficios médicos del plan**
Cristales (Una par de cristales o un par de lentes de contacto)				
El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	Una vez por año plan	Una vez por año plan	Una vez por año plan	Una vez cada 12 meses
Monturas				
El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	Menos de 17 años de edad Una vez por año plan	Menos de 17 años de edad Una vez por año plan	Menos de 17 años de edad Una vez por año plan	Menos de 19 años de edad No se cobra por una montura y cristales estándares cada 12 meses
	De 17 años en adelante: Una vez cada dos años plan	De 17 años en adelante: Una vez cada dos años plan	De 17 años en adelante Una vez cada dos años plan	De 19 años en adelante Una vez cada 12 meses

* Todas las tarifas por exámenes y accesorios se aplican a la cantidad máxima del año plan en el caso de los planes de Moda

** Para poder inscribirse en un plan de la vista de Kaiser, hay que estar inscrito en uno de los planes médicos de Kaiser

Este documento se facilita para fines de comparación únicamente y no con la intención de ofrecer los detalles completos de cada plan. Consulte más detalles sobre la cobertura de beneficios en el manual del miembro. En caso de producirse una discrepancia entre esta comparación y el manual del miembro, este último prevalecerá.

Programa de Futuros sanos de OEBB

¡El programa de Incentivos para futuros sanos continúa!

- **Un deducible médico de $100 menos si se reúnen los requisitos**
- **Complete la evaluación médica entre el 15 de agosto y el 15 de octubre**

El programa de incentivos Healthy Futures ha sido diseñado a manera de alentar a los miembros de OEBB a informarse más sobre los peligros para la salud y maneras en las cuales reducir o eliminar dichos peligros cuando les sea posible.

El incentivo Los miembros que satisfagan los requisitos del programa Futuros sanos en el plazo designado reciben un deducible reducido en su plan médico ($100/persona, hasta $300 por familia, dependiendo del plan elegido y del número de personas cubiertas) o pagos compartidos menores (si están inscritos en el plan 1 de Kaiser, el cual no tiene deducibles).

Si usted participa actualmente: Satisfaga los requisitos para 2015-16

- **Realice dos actividades que apoyen la salud el 15 de agosto de 2016 a más tardar.** ¡Toda actividad que contribuya a su salud cuenta! Asimismo, recuerde que si usted cubre a su cónyuge o pareja doméstica en su plan médico, dichas personas deben comp letar también sus dos actividades.
- **Reporte las actividades que realice en el sistema MyOEBB durante el periodo de Inscripción abierta.** Si usted cubre a su cónyuge o pareja doméstica en su plan médico, deberá reportar también las dos actividades dichas personas.

Para participar en el año plan 2016-17 que viene:

- Acepte participar al momento de conectarse al sistema de inscripción MyOEBB durante este periodo de Inscripción abierta.
- Acepte completar la evaluación médica por Internet entre el 15 de agosto y el 15 octubre de 2016. Asegúrese de completar una nueva evaluación médica entre dichas fechas, incluso si completó otra evaluación recientemente. Solo las evaluaciones completadas en dicho plazo satisfarán los requisitos del programa Futuros sanos de 2016-17. Si usted cubre a su cónyuge o pareja doméstica en su plan médico, dichas personas deberán completar también la evaluación médica (con sus propios datos de conexión) dentro del plazo establecido.

Recibirá automáticamente un deducible o pagos compartidos reducidos, los cuales entrarán en vigencia el 1 de octubre de 2016. (Nota: si usted y/o su cónyuge/pareja no completan la evaluación médica obligatoria dentro del plazo determinado para este año, perderán su incentivo de forma retroactiva al 1 de octubre de 2016.)

Si completa la evaluación médica obligatoria dentro del plazo determinado para este año (entre el 15 de agosto y el 15 de octubre de 2016), seguirá recibiendo el plan médico con incentivos en lo queda del año plan. Basta con que realice dos actividades sanas a más tardar para el 15 de agosto de 2017 y que las reporte a través del sistema de inscripción MyOEBB durante el periodo de inscripción abierta del próximo año, 2017, para que cumpla con los requisitos del programa Futuros sanos de 2016-17.

La evaluación médica por Internet

Cuándo debe completarse la evaluación médica:

Entre el 15 de agosto y el 15 de octubre de 2016

Los miembros que no completen la evaluación médica obligatoria dentro del plazo determinado perderán su incentivo de forma retroactiva al 1 de octubre de 2016.

Tome nota de las fechas específicas de este año para completar las evaluaciones médicas por Internet. Para satisfacer los requisitos del programa Futuros sanos de 2016-17, los miembros (y sus cónyuges/parejas) deberán completar la evaluación médica entre el 15 de agosto de 2016 y el 15 de octubre de 2016. No importa cuándo haya sido la última vez que usted o su cónyuge o pareja completaron la evaluación; para ser elegibles para el incentivo de Futuros sanos de 2016-17, deberán completar la evaluación médica entre las dos fechas indicadas. Incluso si usted completó una evaluación médica hace un mes, una semana o un día, deberá completar otra evaluación entre el 15 de agosto de 2016 y el 15 de octubre de 2016 para que sea elegible para el incentivo de Futuros sanos de 2016-17.

Cómo completar la evaluación médica

Diríjase al sitio Web de OEBB **(oregon.gov/OHA/OEBB)** y haga clic en "Healthy Futures" y obtenga todos los detalles del programa, incluidos los enlaces para la evaluación médica y las instrucciones afines.

Debe completar la evaluación médica en el sitio Web de su aseguradora médica.

- **Si está inscrito en un plan médico de Kaiser Permanente, dirijase a: kp.org.**
- **Si está inscrito en un plan médico de Moda Health, diríjase a MyModa.com.**

Cómo realizar y reportar actividades sanas.

¿Qué cuenta como una actividad sana?

Toda actividad que contribuya a la salud cuenta. OEBB ofrece diversos programas gratuitos, científicamente comprobados, que mejoran la salud de los participantes en las áreas de pérdida de peso, el control de padecimientos crónicos, la prevención de la diabetes, el tratamiento de la depresión y educación sobre el bienestar general.

Para obtener más detalles sobre los beneficios específicos disponibles, visite el sitio Web de OEBB (oregon.gov/OHA/OEBB) y haga clic en "Wellness" (bienestar).

Planes opcionales

Seguro de vida, por muerte accidental y pérdida de extremidades por accidente, de discapacidad, de cuidado a largo plazo y EAP (programa de asistencia la empleado)

No es obligatorio inscribirse en planes opcionales; los beneficios elegidos actuales seguirán siendo los mismos a menos que se cambien.

No todos los empleadores y no todos los grupos de empleados ofrecen todos los planes opcionales. Para determinar la disponibilidad de un plan, converse con su empleador o consulte la carta personalizada de presentación de la Inscripción abierta que recibió.

Seguro de vida

Los empleados elegibles pueden elegir una cobertura de seguro de vida opcional en unidades de $10,000 hasta $500,000 como máximo. También se dispone de cobertura para dependientes para el cónyuge/pareja doméstica en unidades de $10,000 hasta $500,000 como máximo y para los hijos elegibles en unidades de $2,000 hasta $10,000 como máximo. La cobertura opcional de vida para dependientes no puede superar el 100% de la cobertura opcional de vida del empleado.

Si su empleador ofrece este beneficio a su grupo de empleados por vez primera durante la Inscripción abierta actual, si a usted lo contrataron recientemente y está dentro de su periodo de elegibilidad inicial, o en el caso de ciertos acontecimientos en el transcurso del año que cambien la elegibilidad, la inscripción en un seguro opcional de vida tiene una emisión garantizada de $100,000 para el empleado y de $30,000 para el cónyuge/pareja. Toda cantidad que se solicite por encima de la cantidad de emisión garantizada o que se solicite en una fecha posterior, tal como un periodo de Inscripción abierta, será objeto de la aprobación por verificación médica.

Panfleto de seguro de vida opcional:
www.standard.com/eforms/10391d_646595.pdf

Muerte y pérdida de extremidades por accidente (Accidental Death and Dismemberment o AD&D)

Al participar en el plan de seguro colectivo opcional de muerte y pérdida de extremidades por accidente a través de OEBB, su empleador le ofrece una oportunidad excelente que le ayudará a proteger a sus seres queridos. Con la cobertura opcional de muerte y pérdida de extremidades por accidente, usted, sus dependientes o sus beneficiarios, según corresponda, podrán recibir un beneficio del seguro por muerte y pérdida de extremidades por accidente en el caso de producirse una muerte o la pérdida de una extremidad a raíz de un accidente cubierto por el seguro. Usted puede elegir cobertura para usted o cobertura para usted y su cónyuge/pareja doméstica y/o los hijos elegibles:

- El empleado en unidades de $10,000, desde 10,000 hasta $500,000 como máximo
- Cónyuge, pareja doméstica: Todo múltiplo de $10,000 hasta $500,000 como máximo, pero que no supere la cantidad de cobertura del empleado
- Hijos: Todo múltiplo de $2,000 hasta $10,000 como máximo, pero que no supere la cantidad de cobertura del empleado **Panfleto de seguro opcional por muerte o pérdidad de extremidades por accideente:**

www.standard.com/eforms/4241_646595.pdf

Seguro de discapacidad – Discapacida de corto plazo y de largo plazo

El seguro de discapacidad de corto plazo (Short Term Disability o STD) y de discapaciad de largo plazo (Long Term Disability o LTD) tienen por finalidad pagar un beneficio al asegurado en el caso de que éste no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión cubiertas o al embarazo. Este beneficio reemplaza una parte de sus ingresos, ayudándole de esta manera a satisfacer sus obligaciones económicas en momentos difíciles. Converse con su empleador para determinar la disponibilidad de inscripciones.

oebb

Planes opcionales

Seguro de vida, por muerte accidental y pérdida de extremidades por accidente, de discapacidad, de cuidado a largo plazo y EAP (programa de asistencia la empleado)

Discapacidad de corto plazo (STD)

El seguro de STD tiene por finalidad pagar al asegurado un beneficio semanal en el caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión que no se relacionen con el trabajo. Este beneficio es un seguro que reemplaza los ingresos. La cantidad del beneficio semanal, el periodo de espera de días cívicos y la duración del beneficio dependerán del plan que haya elegido el empleador para la inscripción. Nota: si opta por inscribirse después de haber obtenido la elegibilidad o con un acontecimiento en el transcurso del año que cambie la elegibilidad, se le impondrá una multa por inscripción tardía en vista de la cual, si usted presenta una reclamación por cualquier padecimiento que no sea una lesión por accidente durante los primeros 12 meses en que su cobertura haya cobrado vigencia, no se le pagarán beneficios de STD hasta después de que usted haya estado discapacitado de forma continua durante 60 días y lo siga estando.

Panfleto de discapacidad de corto plazo:
www.standard.com/eforms/10388d_646595.pdf

Discapacidad de largo plazo (LTC)

El seguro de LTD tiene por finalidad pagar al asegurado un beneficio mensual en el caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión que estén cubiertas por el seguro. Este beneficio es un seguro que reemplaza los ingresos. La cantidad del beneficio mensual, el periodo de espera de días cívicos y la duración del beneficio dependerán del plan que haya elegido el empleador.

Panfleto de discapacidad de largo plazo
www.standard.com/eforms/10386d_646595.pdf

Seguro de atención de largo plazo

¿Qué es la atención de largo plazo?

Ya sea que se deba a un accidente de motocicleta o a una enfermedad grave, se trata del tipo de atención que usted podría necesitar si no pudiese desempeñar las actividades básicas de la vida cotidiana de forma independiente: bañarse, vestirse, usar el baño, trasladarse de un lugar a otro, comer o tener continencia, o si sufrió un impedimento cognitivo severo a raíz de un padecimiento como el Alzheimer.

¿No pagará mi seguro por la atención de largo plazo? Desafortunadamente, no.

- El seguro médico y Medicare tienen por finalidad pagar por la atención específica de padecimientos agudos y no por la ayuda de largo plazo con la vida cotidiana.
- Medicaid solo ayuda con el costo de la atención de largo plazo después de que haya agotado todos sus bienes.

La cantidad exacta varía de un estado a otro, pero suele dejar unos cuantos miles de dólares en el total de bienes. Solo el seguro de atención de largo plazo puede cubrir dichos gastos y permitirle que conserve la mayor cantidad posible de sus bienes.

Planes opcionales

Seguro de vida, por muerte accidental y pérdida de extremidades por accidente, de discapacidad, de cuidado a largo plazo y EAP (programa de asistencia la empleado)

¿Tengo que vivir en un hogar de convalecencia (nursing home) para poder utilizar mi seguro de LTC?
Todos los planes de Unum incluyen una opción de salud a domicilio. Gracias a esto, usted puede utilizar su beneficio para pagarle a un auxiliar para que venga a su vivienda y pueda usted permanecer en ella por el mayor tiempo posible. Por una prima adicional, algunos planes permitirán que usted le pague a un familiar o amigo para que le atiendan.

¿Por qué he de adquirirlo ahora?
A menudo, las personas adquieren un seguro de atención de largo plazo durante su juventud, ya que cuanto más joven sea la persona, más económicas serán las tarifas. De hecho, el 63% de las personas que adquieren el seguro colectivo de LTC tiene menos de 55 años.

Ayuda adicional para los cuidadores
Incluso si usted no necesita atención de largo plazo próximamente, podría ser el cuidador de uno de sus seres queridos. Su plan incluye el servicio LTC Connect®, el cual le brinda acceso a consejeros que pueden ayudarle a encontrar proveedores de atención de largo plazo en su zona, grupos de apoyo u otro tipo de ayuda que pueda necesitar. Este servicio ofrece también descuentos sobre equipos médicos como andadores, audífonos, sillas de ruedas y otros artículos afines que se necesiten. Sus padres, abuelos, hermanos e hijos también pueden solicitar esta cobertura comunicándose con Unum.

Para obtener más información sobre la atención de largo plazo a través de OEBB, comuníquese con
UNUM Life Insurance Company of America
1-800-227-4165
https://w3.unum.com/enroll/OEBB002/index.aspx

Programa de asistencia al empleado (Employee Assistance Program o EAP)
Un beneficio gratuito para el empleado si se ofrece en su centro laboral.
El programa de asistencia al empleado (EAP, por sus siglas en inglés) le ayuda a resolver, de forma privada, problemas que puedan interferir con su trabajo, su familia y su vida en general. Los servicios de EAP son GRATUTOS para usted, sus dependientes y todos los miembros de su unidad familiar. Los servicios de EAP se prestan siempre de forma confidencial y a través de expertos:

Para obtener más información sobre los servicios de EAP o para acceder a ellos, comuníquese con
Reliant Behavioral Health (RBH)
1-866-750-1327
www.MyRBH.com
Código de acceso: OEBB

Consejería confidencial
- Ayuda en caso de crisis las 24 horas del día
- Consejería en persona
- Consultas por Internet

Otros servicios disponibles:
- Asesoría en salud
- Servicios de cuidado infantil
- Servicios para el cuidado de personas adultas y ancianas
- Servicios legales
- Servicios financieros
- Servicios de mediación
- Programa de ayuda con la compra de una vivienda
- Kit para preparar testamentos básicos
- Ayuda con la recuperación de identidades robadas

Inscripción

A partir del 15 de agosto

La inscripción abierta es del **15 de agosto al 15 de septiembre** para la mayoría de los miembros de OEBB. La fecha límite de su empleador podría ser distinta. Verifique las fechas con su empleador.

oregon.gov/OHA/OEBB

OEBB ampliará su horario durante el periodo de Inscripción abierta:
De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y hasta las 8:00 p.m. el 15 de septiembre.
OEBB no atenderá el 5 de septiembre por ser Labor Day.

oebb

500 Summer Street NE, E-88 • Salem, OR 97301-1063
OEBB.benefits@oregon.gov • **888-469-6322**

Kaiser Permanente
(866) 223-2375

Moda Health
(866) 923-0409

Reliant Behavioral Health
(866) 750-1327

The Standard Insurance
(866) 756-8115

Unum
(800) 227-4165

Willamette Dental Group
(800) 460-7644