



Comparación de beneficios para 2025-26



Planes médicos y de farmacia



Contenido:


Planes médicos y de farmacia.....	1	Planes de Moda Health 1-4	6	Planes dentales	17
Planes de Kaiser Permanente.....	1	Planes de Moda Health 5-7	12	Planes de la vista.....	20



 Esta es una comparación de **planes médicos de alto nivel**.
Para obtener más información, consulte los documentos del plan.

Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red Kaiser Permanente		Plan médico 2A Red Kaiser Permanente		Plan médico 2B Red Kaiser Permanente		Plan médico 3 Red Kaiser Permanente Cuenta de ahorro para la salud (HSA) opcional	
	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Deducible por persona	\$400	No se aplica	\$1,000	No se aplica	\$1,400	No se aplica	\$1,800 ²	No se aplica
Deducible máximo por familia	\$800	No se aplica	\$2,000	No se aplica	\$2,800	No se aplica	\$3,600 ²	No se aplica
Gasto de bolsillo (OOP) máximo por persona	\$1,700	No se aplica	\$4,200	No se aplica	\$4,700	No se aplica	\$6,750 ²	No se aplica
Gasto de bolsillo (OOP) máximo por familia	\$3,400	No se aplica	\$8,400	No se aplica	\$9,400	No se aplica	\$13,500 ²	No se aplica
Servicios de atención preventiva								
Exámenes de rutina para adultos, del niño sano y de mujeres; exámenes anuales de detección de obesidad y vacunas 	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura
Visitas al consultorio y atención virtual								
Visitas al consultorio de atención primaria	\$25 ¹	Sin cobertura	\$30 ¹	Sin cobertura	\$35 ¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Visitas al consultorio de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado (Planes de Moda únicamente)	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica
Visitas al consultorio de atención médica de incentivo (Planes de Moda únicamente) 	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica
Atención virtual (Planes de Kaiser)/ Telesalud CirrusMD (Planes de Moda)	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 después del deducible	Sin cobertura
Visitas al consultorio del especialista	\$35 ¹	Sin cobertura	\$40 ¹	Sin cobertura	\$45 ¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura

Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red Kaiser Permanente		Plan médico 2A Red Kaiser Permanente		Plan médico 2B Red Kaiser Permanente		Plan médico 3 Red Kaiser Permanente Cuenta de ahorro para la salud (HSA) opcional	
	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Visitas al consultorio y atención virtual								
Atención de urgencia	\$40 ¹	Consulte el manual del plan	\$45 ¹	Consulte el manual del plan	\$50 ¹	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Servicios de salud mental y dependencia de sustancias químicas								
Visitas al consultorio de salud mental	\$25 ¹	Sin cobertura	\$30 ¹	Sin cobertura	\$35 ¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y residenciales	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Servicios por dependencia de sustancias químicas (pacientes ambulatorios o residenciales)	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Servicios por dependencia de sustancias químicas (pacientes hospitalizados)	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Servicios para pacientes ambulatorios								
Cirugía para pacientes ambulatorios/atención en el centro	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Rehabilitación para pacientes ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	 \$35 ¹ por visita	Sin cobertura	\$40 ¹ por visita	Sin cobertura	\$45 ¹ por visita	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Pruebas de diagnóstico								
Análisis de laboratorio, radiografías y diagnóstico por imágenes	\$35 ¹ por visita	Sin cobertura	\$40 ¹ por visita	Sin cobertura	\$45 ¹ por visita	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI), tomografía por emisión de positrones (PET)	\$100 ¹ por visita	Sin cobertura	\$100 ¹ por visita	Sin cobertura	\$100 ¹ por visita	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Servicios de atención alternativa								
Acupuntura y quiropráctica ⁷	 \$25 ¹ por servicio	Sin cobertura	\$30 ¹ por servicio	Sin cobertura	\$35 ¹ por servicio	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Visitas al consultorio de medicina naturista	\$25 ¹ por servicio	Sin cobertura	\$30 ¹ por servicio	Sin cobertura	\$35 ¹ por servicio	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura

Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red Kaiser Permanente		Plan médico 2A Red Kaiser Permanente		Plan médico 2B Red Kaiser Permanente		Plan médico 3 Red Kaiser Permanente Cuenta de ahorro para la salud (HSA) opcional	
	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Atención médica para mujeres embarazadas								
Atención médica de rutina para mujeres embarazadas	\$0¹	Sin cobertura	\$0¹	Sin cobertura	\$0¹	Sin cobertura	\$0¹	Sin cobertura
Servicios de médicos o enfermería obstétrica y estadía hospitalaria, parto y atención de rutina en la sala de neonatología	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Servicios hospitalarios								
Atención/cirugía para pacientes hospitalizados	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Atención en centros de enfermería especializada 	20 % después del deducible	No se aplica	20 % después del deducible	No se aplica	20 % después del deducible	No se aplica	20 % después del deducible	No se aplica
Nivel de costo adicional (ACT)								
Planes de Moda únicamente: Nivel de costo adicional de \$100: exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET)), inyecciones en la columna, amigdalectomías para afiliados menores de 18 años de edad con amigdalitis crónica o apnea del sueño, viscosuplementación, endoscopías superiores, estudios del sueño, discografías lumbares.	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica
Planes de Moda únicamente: Nivel de costo adicional de \$500: cirugía de columna, de reemplazo de rodilla y cadera³, artroscopía de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica
Servicios de emergencia								
Sala de emergencias	20 % después del deducible		20 % después del deducible		20 % después del deducible		20 % después del deducible	
Ambulancia	\$75¹		\$100¹		\$100¹		20 % después del deducible	
Otros servicios cubiertos								
Audífonos: Beneficio máximo de \$4,000 cada 48 meses para adultos; consulte el manual para conocer los beneficios para niños establecidos por el estado	10 %¹	Sin cobertura	10 %¹	Sin cobertura	10 %¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura
Equipo médico duradero (DME)	20 %¹	Sin cobertura	20 %¹	Sin cobertura	20 %¹	Sin cobertura	20 % después del deducible	Sin cobertura

Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red Kaiser Permanente		Plan médico 2A Red Kaiser Permanente		Plan médico 2B Red Kaiser Permanente		Plan médico 3 Red Kaiser Permanente Cuenta de ahorro para la salud (HSA) opcional	
	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Servicios de farmacia								
Gasto de bolsillo (OOP) máximo	Las recetas aplican para el gasto de bolsillo máximo del plan		Las recetas aplican para el gasto de bolsillo máximo del plan		Las recetas aplican para el gasto de bolsillo máximo del plan		Las recetas aplican para el gasto de bolsillo máximo del plan	
Minorista								
Valor	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	\$0 ⁷	No se aplica
Genéricos (Planes de Kaiser)/ Genéricos seleccionados (Planes de Moda)	\$10 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	\$10 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	\$10 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca preferencial	\$30 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	\$30 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	\$30 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca no preferencial ⁴	\$50 por suministro de 30 días si se cumplen los criterios	Consulte el manual del plan	\$50 por suministro de 30 días si se cumplen los criterios	Consulte el manual del plan	\$50 por suministro de 30 días si se cumplen los criterios	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Por correo postal								
Valor	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica
Genéricos (Planes de Kaiser)/ Genéricos seleccionados (Planes de Moda)	\$20 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	\$20 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	\$20 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca preferencial	\$60 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	\$60 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	\$60 por suministro de 90 días	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca no preferencial ⁴	\$100 por suministro de 90 días si se cumplen los criterios	Consulte el manual del plan	\$100 por suministro de 90 días si se cumplen los criterios	Consulte el manual del plan	\$100 por suministro de 90 días si se cumplen los criterios	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan

Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red Kaiser Permanente		Plan médico 2A Red Kaiser Permanente		Plan médico 2B Red Kaiser Permanente		Plan médico 3 Red Kaiser Permanente Cuenta de ahorro para la salud (HSA) opcional	
	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red El miembro paga	Fuera de la red El miembro paga
Especialidad								
Genéricos (Planes de Moda únicamente)	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica
Genéricos seleccionados (Planes de Kaiser)/ Marca preferencial (Planes de Moda)	25 % hasta \$150 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	25 % hasta \$150 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	25 % hasta \$150 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Marca no preferencial ⁴	25 % hasta \$150 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	25 % hasta \$150 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	25 % hasta \$150 por suministro de 30 días	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan

- 1 Se exime el deducible.



2 El deducible individual y el monto máximo de gasto de bolsillo individual propio se aplican únicamente a la cobertura de una sola persona. El deducible familiar y el monto máximo de gasto de bolsillo familiar propio se aplican cuando dos o más personas están cubiertas en el plan. Este plan incluye también el monto máximo de gasto de bolsillo propio incluido por miembro, que corresponde al monto de gasto de bolsillo individual. Bajo este plan, el deducible se debe cumplir antes de que la aseguradora pague los beneficios (excepto cuando 1 indica que se exime el deducible).

3 Para los planes de Moda, el gasto de bolsillo máximo incluye el deducible médico, los copagos médicos, el coseguro médico, los copagos del nivel de costo adicional y los gastos de farmacia.


4 Se debe aprobar una excepción de la lista de medicamentos para los medicamentos de venta con receta de marca no preferida.
- 5 Para recibir los beneficios de atención coordinada dentro de la red, debe elegir y utilizar un proveedor de atención primaria de PCP 360.



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

7 Para los planes de Kaiser, la atención de acupuntura está limitada a 12 visitas por año y la quiropráctica está limitada a 20 visitas por año. Para los planes de Moda, la atención de acupuntura y la manipulación de la columna vertebral se limitan a 12 visitas combinadas por año. Las visitas al consultorio para acupuntura y quiropráctica están sujetas a copagos y coseguros del especialista y no están limitadas a las 12 visitas combinadas por año del plan.
- Este documento es para fines comparativos únicamente. No describe totalmente los beneficios de cada plan. Para obtener más información, consulte los documentos del plan. Si existe algún conflicto entre esta comparación y los documentos del plan, prevalecerán los documentos del plan.**

Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red de Connexus			Plan médico 2 Red de Connexus			Plan médico 3 Red de Connexus			Plan médico 4 Red de Connexus		
Costos del plan por año ⁵	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga
Deducible por persona	\$700	\$800	\$1,100	\$1,100	\$1,200	\$1,900	\$1,500	\$1,600	\$2,700	\$1,900	\$2,000	\$3,500
Deducible máximo por familia	\$1,600	\$1,600	\$2,200	\$2,400	\$2,400	\$3,800	\$3,200	\$3,200	\$5,400	\$4,000	\$4,000	\$7,000
Gasto de bolsillo (OOP) máximo por persona ³	\$3,750	\$4,150	\$6,900	\$4,750	\$5,150	\$8,900	\$5,750	\$6,150	\$10,900	\$7,600	\$8,000	\$14,600
Gasto de bolsillo (OOP) máximo por familia ³	\$8,300	\$8,300	\$13,800	\$10,300	\$10,300	\$17,800	\$12,300	\$12,300	\$21,800	\$16,000	\$16,000	\$29,200
Servicios de atención preventiva												
Exámenes de rutina para adultos, del niño sano y de mujeres; exámenes anuales de detección de obesidad y vacunas 	\$0 ¹	\$0 ¹	50 % después del deducible	\$0 ¹	\$0 ¹	50 % después del deducible	\$0 ¹	\$0 ¹	50 % después del deducible	\$0 ¹	\$0 ¹	50 % después del deducible
Visitas al consultorio y atención virtual												
Visitas al consultorio de atención primaria	\$25 ^{1,5}	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$25 ^{1,5}	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$30 ^{1,5}	25 % después del deducible	50 % después del deducible	\$30 ^{1,5}	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Visitas al consultorio de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado (Planes de Moda únicamente)	\$45 ¹	No se aplica	50 % después del deducible	\$45 ¹	No se aplica	50 % después del deducible	\$55 ¹	No se aplica	50 % después del deducible	\$55 ¹	No se aplica	50 % después del deducible
Visitas al consultorio de atención médica de incentivo  (Planes de Moda únicamente)	\$20 ¹	20 % después del deducible	No se aplica	\$20 ¹	20 % después del deducible	No se aplica	\$25 ¹	25 % después del deducible	No se aplica	\$25 ¹	25 % después del deducible	No se aplica
Atención virtual (Planes de Kaiser)/ Telesalud CirrusMD (Planes de Moda)	\$0 ¹	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 ¹	\$0 ¹	Sin cobertura
Visitas al consultorio del especialista	\$45 ¹	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$45 ¹	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$55 ¹	25 % después del deducible	50 % después del deducible	\$55 ¹	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Atención de urgencia	\$45 ¹	20 % después del deducible	20 % después del deducible	\$45 ¹	20 % después del deducible	20 % después del deducible	\$55 ¹	25 % después del deducible	25 % después del deducible	\$55 ¹	25 % después del deducible	25 % después del deducible



Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red de Connexus			Plan médico 2 Red de Connexus			Plan médico 3 Red de Connexus			Plan médico 4 Red de Connexus		
Costos del plan por año ⁵	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red
	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga
Servicios de salud mental y dependencia de sustancias químicas												
Visitas al consultorio de salud mental	\$25 ¹	\$25 ¹	50 % después del deducible	\$25 ¹	\$25 ¹	50 % después del deducible	\$30 ¹	\$30 ¹	50 % después del deducible	\$30 ¹	\$30 ¹	50 % después del deducible
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y residenciales	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios por dependencia de sustancias químicas (pacientes ambulatorios o residenciales)	\$25 ¹	\$25 ¹	50 % después del deducible	\$25 ¹	\$25 ¹	50 % después del deducible	\$30 ¹	\$30 ¹	50 % después del deducible	\$30 ¹	\$30 ¹	50 % después del deducible
Servicios de dependencia de sustancias químicas (pacientes hospitalizados)	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios para pacientes ambulatorios												
Cirugía/atención en el centro para pacientes ambulatorios	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Rehabilitación para pacientes ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla) 	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Pruebas de diagnóstico												
Análisis de laboratorio, radiografías y diagnóstico por imágenes	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI), tomografía por emisión de positrones (PET)	\$100 de copago + 20 % después del deducible	\$100 de copago + 20 % después del deducible	\$100 de copago + 50 % después del deducible	\$100 de copago + 20 % después del deducible	\$100 de copago + 20 % después del deducible	\$100 de copago + 50 % después del deducible	\$100 de copago + 25 % después del deducible	\$100 de copago + 25 % después del deducible	\$100 de copago + 50 % después del deducible	\$100 de copago + 25 % después del deducible	\$100 de copago + 25 % después del deducible	\$100 de copago + 50 % después del deducible

Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.		Plan médico 1 Red de Connexus			Plan médico 2 Red de Connexus			Plan médico 3 Red de Connexus			Plan médico 4 Red de Connexus		
Costos del plan por año ⁵		Atención coordinada dentro de la red ⁵ El miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Atención coordinada dentro de la red ⁵ El miembro paga	Atención no coordinada dentro de la red ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga
Servicios de atención alternativa ⁷													
Acupuntura y quiropráctica ⁷		\$25 ¹	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$25 ¹	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$30 ¹	25 % después del deducible	50 % después del deducible	\$30 ¹	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Visitas al consultorio de medicina naturista		\$45 ¹	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$45 ¹	20 % después del deducible	50 % después del deducible	\$55 ¹	25 % después del deducible	50 % después del deducible	\$55 ¹	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Atención médica para mujeres embarazadas													
Atención médica de rutina para mujeres embarazadas		20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de médicos o enfermeras obstétricas y estadía hospitalaria, parto y atención de rutina en la sala de neonatología		20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios hospitalarios													
Atención/cirugía para pacientes hospitalizados		20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Atención en centros de enfermería especializada		20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible

Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red de Connexus			Plan médico 2 Red de Connexus			Plan médico 3 Red de Connexus			Plan médico 4 Red de Connexus		
Costos del plan por año ⁵	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red
	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga
Nivel de costo adicional (ACT)												
Planes de Moda únicamente: Nivel de costo adicional de \$100: exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET)), inyecciones en la columna, amigdalectomías para afiliados menores de 18 años de edad con amigdalitis crónica o apnea del sueño, viscosuplementación, endoscopías superiores, estudios del sueño, discografías lumbares	\$100 de copago + 20 % después del deducible	\$100 de copago + 20 % después del deducible	\$100 de copago + 50 % después del deducible	\$100 de copago + 20 % después del deducible	\$100 de copago + 20 % después del deducible	\$100 de copago + 50 % después del deducible	\$100 de copago + 25 % después del deducible	\$100 de copago + 25 % después del deducible	\$100 de copago + 50 % después del deducible	\$100 de copago + 25 % después del deducible	\$100 de copago + 25 % después del deducible	\$100 de copago + 50 % después del deducible
Planes de Moda únicamente: Nivel de costo adicional de \$500: cirugía de columna, de reemplazo de rodilla y cadera, artroscopía de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	\$500 de copago + 20 % después del deducible	\$500 de copago + 20 % después del deducible	\$500 de copago + 50 % después del deducible	\$500 de copago + 20 % después del deducible	\$500 de copago + 20 % después del deducible	\$500 de copago + 50 % después del deducible	\$500 de copago + 25 % después del deducible	\$500 de copago + 25 % después del deducible	\$500 de copago + 50 % después del deducible	\$500 de copago + 25 % después del deducible	\$500 de copago + 25 % después del deducible	\$500 de copago + 50 % después del deducible
Servicios de emergencia												
Sala de emergencias (el copago se exime en caso de hospitalización)	\$100 de copago + 20 % después del deducible			\$100 de copago + 20 % después del deducible			\$100 de copago + 25 % después del deducible			\$100 de copago + 25 % después del deducible		
Ambulancia	20 % después del deducible			20 % después del deducible			25 % después del deducible			25 % después del deducible		

Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red de Connexus			Plan médico 2 Red de Connexus			Plan médico 3 Red de Connexus			Plan médico 4 Red de Connexus			
Costos del plan por año ⁵	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red	
	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	
Otros servicios cubiertos													
Audífonos: Beneficio máximo de \$4,000 cada 48 meses para adultos; consulte el manual para conocer los beneficios para niños establecidos por el estado	10 % después del deducible	10 % después del deducible	50 % después del deducible	10 % después del deducible	10 % después del deducible	50 % después del deducible	10 % después del deducible	10 % después del deducible	50 % después del deducible	10 % después del deducible	10 % después del deducible	50 % después del deducible	
Equipo médico duradero (DME)	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	
Servicios de farmacia													
Gasto de bolsillo (OOP) máximo	Las recetas aplican para el gasto de bolsillo máximo			Las recetas aplican para el gasto de bolsillo máximo			Las recetas aplican para el gasto de bolsillo máximo			Las recetas aplican para el gasto de bolsillo máximo			
Minorista													
Valor	\$4 por suministro de 31 días		Consulte el manual del plan	\$4 por suministro de 31 días		Consulte el manual del plan	\$4 por suministro de 31 días		Consulte el manual del plan	\$4 por suministro de 31 días		Consulte el manual del plan	
Genéricos (Planes de Kaiser)/ Genéricos seleccionados (Planes de Moda)	\$12 por suministro de 31 días			\$12 por suministro de 31 días			\$12 por suministro de 31 días						
Marca preferencial	25 % hasta \$75 por suministro de 31 días			25 % hasta \$75 por suministro de 31 días			25 % hasta \$75 por suministro de 31 días						
Marca no preferencial ⁴	50 % hasta \$175 por suministro de 31 días			50 % hasta \$175 por suministro de 31 días			50 % hasta \$175 por suministro de 31 días						
Por correo postal													
Valor	\$8 por suministro de 90 días		Consulte el manual del plan	\$8 por suministro de 90 días		Consulte el manual del plan	\$8 por suministro de 90 días		Consulte el manual del plan	\$8 por suministro de 90 días		Consulte el manual del plan	
Genéricos (Planes de Kaiser)/ Genéricos seleccionados (Planes de Moda)	\$24 por suministro de 90 días			\$24 por suministro de 90 días			\$24 por suministro de 90 días						
Marca preferencial	25 % hasta \$150 por suministro de 90 días			25 % hasta \$150 por suministro de 90 días			25 % hasta \$150 por suministro de 90 días						
Marca no preferencial ⁴	50 % hasta \$450 por suministro de 90 días			50 % hasta \$450 por suministro de 90 días			50 % hasta \$450 por suministro de 90 días						

Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 1 Red de Connexus			Plan médico 2 Red de Connexus			Plan médico 3 Red de Connexus			Plan médico 4 Red de Connexus		
Costos del plan por año ⁵	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red	Atención coordinada dentro de la red ⁵	Atención no coordinada dentro de la red ⁶	Cualquier servicio fuera de la red
	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga	El miembro paga
Especialidad												
Genéricos (Planes de Moda únicamente)	\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando se permita		Consulte el manual del plan	\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando se permita		Consulte el manual del plan	\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando se permita		Consulte el manual del plan	\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando se permita		Consulte el manual del plan
Genéricos seleccionados (Planes de Kaiser)/ Marca preferencial (Planes de Moda)	25 % hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando se permita			25 % hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando se permita			25 % hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando se permita			25 % hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando se permita		
Marca no preferencial ⁴	50 % hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando se permita			50 % hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando se permita			50 % hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando se permita			50 % hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando se permita		

- 1 Se exime el deducible.

2 El deducible individual y el monto máximo de gasto de bolsillo individual propio se aplican únicamente a la cobertura de una sola persona. El deducible familiar y el monto máximo de gasto de bolsillo familiar propio se aplican cuando dos o más personas están cubiertas en el plan. Este plan incluye también el monto máximo de gasto de bolsillo propio incluido por miembro, que corresponde al monto de gasto de bolsillo individual. Bajo este plan, el deducible se debe cumplir antes de que la aseguradora pague los beneficios (excepto cuando 1 indica que se exime el deducible).

3 Para los planes de Moda, el gasto de bolsillo máximo incluye el deducible médico, los copagos médicos, el coseguro médico, los copagos del nivel de costo adicional y los gastos de farmacia.

4 Se debe aprobar una excepción de la lista de medicamentos para los medicamentos de venta con receta de marca no preferida.
- 5 Para recibir los beneficios de atención coordinada dentro de la red, debe elegir y utilizar un proveedor de atención primaria de PCP 360.

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

7 Para los planes de Kaiser, la atención de acupuntura está limitada a 12 visitas por año y la quiropráctica está limitada a 20 visitas por año. Para los planes de Moda, la atención de acupuntura y la manipulación de la columna vertebral se limitan a 12 visitas combinadas por año. Las visitas al consultorio para acupuntura y quiropráctica están sujetas a copagos y coseguros del especialista y no están limitadas a las 12 visitas combinadas por año del plan.
- Este documento es para fines comparativos únicamente. No describe totalmente los beneficios de cada plan. Para obtener más información, consulte los documentos del plan. Si existe algún conflicto entre esta comparación y los documentos del plan, prevalecerán los documentos del plan.




Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 5 Red de Connexus			Plan médico 6 Red de Connexus Cumple con HDHP HSA			Plan médico 7 Red de Connexus Cumple con HDHP HSA		
Costos del plan por año: los deducibles y copagos se aplican al gasto de bolsillo máximo anual	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga
Deducible por persona	\$2,300	\$2,400	\$4,300	\$1,900 ²	\$2,000 ²	\$3,500 ²	\$2,300 ²	\$2,400 ²	\$4,300 ²
Deducible máximo por familia	\$4,800	\$4,800	\$8,600	\$4,000 ²	\$4,000 ²	\$7,000 ²	\$4,800 ²	\$4,800 ²	\$8,600 ²
Gasto de bolsillo (OOP) máximo por persona ³	\$7,700	\$8,100	\$14,600	\$7,300 ²	\$7,650 ²	\$14,000 ²	\$7,400 ²	\$7,650 ²	\$14,200 ²
Gasto de bolsillo (OOP) máximo por familia ³	\$16,200	\$16,200	\$29,200	\$15,300 ²	\$15,300 ²	\$28,000 ²	\$15,300 ²	\$15,300 ²	\$28,400 ²
Servicios de atención preventiva									
Exámenes de rutina para adultos, del niño sano y de mujeres; exámenes anuales de detección de obesidad y vacunas	\$0 ¹	\$0 ¹	50 % después del deducible	\$0 ¹	\$0 ¹	50 % después del deducible	\$0 ¹	\$0 ¹	50 % después del deducible
Visitas al consultorio y atención virtual									
Visitas al consultorio de atención primaria	\$35 ^{1,5}	25 % después del deducible	50 % después del deducible	15 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Visitas al consultorio de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado (Planes de Moda únicamente)	\$55 ¹	No se aplica	50 % después del deducible	15 % después del deducible	No se aplica	50 % después del deducible	20 % después del deducible	No se aplica	50 % después del deducible
Visitas al consultorio de atención médica de incentivo (Planes de Moda únicamente)	\$30 ¹	25 % después del deducible	No se aplica	15 % después del deducible	20 % después del deducible	No se aplica	20 % después del deducible	25 % después del deducible	No se aplica
Atención virtual (Planes de Kaiser)/ Telesalud CirrusMD (Planes de Moda)	\$0 ¹	\$0 ¹	Sin cobertura	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	Sin cobertura	\$0 después del deducible	\$0 después del deducible	Sin cobertura
Visitas al consultorio del especialista	\$55 ¹	25 % después del deducible	50 % después del deducible	15 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Atención de urgencia	\$55 ¹	25 % después del deducible	25 % después del deducible	15 % después del deducible	20 % después del deducible	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	25 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Servicios de salud mental									
Visitas al consultorio de salud mental	\$35 ¹	\$35 ¹	50 % después del deducible	15 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y residenciales	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible



Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 5 Red de Connexus			Plan médico 6 Red de Connexus Cumple con HDHP HSA			Plan médico 7 Red de Connexus Cumple con HDHP HSA		
Costos del plan por año: los deducibles y copagos se aplican al gasto de bolsillo máximo anual	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga
Servicios de salud mental									
Servicios por dependencia de sustancias químicas (pacientes ambulatorios o residenciales)	\$35 ¹	\$35 ¹	50 % después del deducible	15 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de salud mental									
Servicios por dependencia de sustancias químicas (pacientes hospitalizados)	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios para pacientes ambulatorios									
Cirugía para pacientes ambulatorios/atención en el centro	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Rehabilitación para pacientes ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Pruebas de diagnóstico									
Análisis de laboratorio, radiografías y diagnóstico por imágenes	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI), tomografía por emisión de positrones (PET)	\$100 de copago + 25 % después del deducible	\$100 de copago + 25 % después del deducible	\$100 de copago + 50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de atención alternativa									
Acupuntura y quiropráctica ⁷	\$35 ¹	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de medicina naturista	\$55 ¹	25 % después del deducible	50 % después del deducible	15 % después del deducible	20 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Atención médica para mujeres embarazadas									
Atención médica de rutina para mujeres embarazadas	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de médicos o enfermería obstétrica y estadía hospitalaria, parto y atención de rutina en la sala de neonatología	25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible



Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.		Plan médico 5 Red de Connexus			Plan médico 6 Red de Connexus Cumple con HDHP HSA			Plan médico 7 Red de Connexus Cumple con HDHP HSA		
Costos del plan por año: los deducibles y copagos se aplican al gasto de bolsillo máximo anual		Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga
Servicios hospitalarios										
Atención/cirugía para pacientes hospitalizados		25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Atención en centros de enfermería especializada		 25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Nivel de costo adicional (ACT)										
Planes de Moda únicamente: Nivel de costo adicional de \$100: exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET)), inyecciones en la columna, amigdalectomías para afiliados menores de 18 años de edad con amigdalitis crónica o apnea del sueño, viscosuplementación, endoscopías superiores, estudios del sueño, discografías lumbares.		\$100 de copago + 25 % después del deducible	\$100 de copago + 25 % después del deducible	\$100 de copago + 50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Planes de Moda únicamente: Nivel de costo adicional de \$500: cirugía de columna, de reemplazo de rodilla y cadera, artroscopía de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones		\$500 de copago + 25 % después del deducible	\$500 de copago + 25 % después del deducible	\$500 de copago + 50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios de emergencia										
Sala de emergencias (el copago se exime en caso de hospitalización)		\$100 de copago + 25 % después del deducible			20 % después del deducible	25 % después del deducible	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	25 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Ambulancia		25 % después del deducible			20 % después del deducible	25 % después del deducible	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	25 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Otros servicios cubiertos										
Audífonos: Beneficio máximo de \$4,000 cada 48 meses para adultos; consulte el manual para conocer los beneficios para niños establecidos por el estado		10 % después del deducible	10 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Equipo médico duradero (DME)		25 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible	20 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible

Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 5 Red de Connexus			Plan médico 6 Red de Connexus Cumple con HDHP HSA			Plan médico 7 Red de Connexus Cumple con HDHP HSA		
Costos del plan por año: los deducibles y copagos se aplican al gasto de bolsillo máximo anual	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga
Servicios de farmacia									
Gasto de bolsillo (OOP) máximo	Las recetas aplican para el gasto de bolsillo máximo			Las recetas aplican para el gasto de bolsillo máximo del plan			Las recetas aplican para el gasto de bolsillo máximo del plan		
Minorista									
Valor	\$4 por suministro de 31 días		Consulte el manual del plan	\$4 por ¹ suministro de 31 días		Consulte el manual del plan	\$4 por ¹ suministro de 31 días		Consulte el manual del plan
Genéricos (Planes de Kaiser)/Genéricos seleccionados (Planes de Moda)	\$12 por suministro de 31 días			20 % después del deducible	25 % después del deducible		20 % después del deducible	25 % después del deducible	
Marca preferencial	25 % hasta \$75 por suministro de 31 días			20 % después del deducible	25 % después del deducible		20 % después del deducible	25 % después del deducible	
Marca no preferencial ⁵	50 % hasta \$175 por suministro de 31 días			20 % después del deducible	25 % después del deducible		20 % después del deducible	25 % después del deducible	
Por correo postal									
Valor	\$8 por suministro de 90 días		Consulte el manual del plan	\$8 por ¹ suministro de 90 días		Consulte el manual del plan	\$8 por ¹ suministro de 90 días		Consulte el manual del plan
Genéricos (Planes de Kaiser)/Genéricos seleccionados (Planes de Moda)	\$24 por suministro de 90 días			20 % después del deducible	25 % después del deducible		20 % después del deducible	25 % después del deducible	
Marca preferencial	25 % hasta \$150 por suministro de 90 días			20 % después del deducible	25 % después del deducible		20 % después del deducible	25 % después del deducible	
Marca no preferencial ⁴	50 % hasta \$450 por suministro de 90 días			20 % después del deducible	25 % después del deducible		20 % después del deducible	25 % después del deducible	

Sin límite máximo de por vida en ningún plan médico.	Plan médico 5 Red de Connexus			Plan médico 6 Red de Connexus Cumple con HDHP HSA			Plan médico 7 Red de Connexus Cumple con HDHP HSA		
Costos del plan por año: los deducibles y copagos se aplican al gasto de bolsillo máximo anual	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga	Dentro de la red Atención coordinada ⁵ El miembro paga	Dentro de la red Atención no coordinada ⁶ El miembro paga	Cualquier servicio fuera de la red El miembro paga
Servicios de farmacia									
Especialidad									
Genéricos (Planes de Moda únicamente)	\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando se permita	Consulte el manual del plan		20 % después del deducible	25 % después del deducible	Consulte el manual del plan	20 % después del deducible	25 % después del deducible	Consulte el manual del plan
Genéricos seleccionados (Planes de Kaiser)/ Marca preferencial (Planes de Moda)	25 % hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando se permita			20 % después del deducible	25 % después del deducible		20 % después del deducible	25 % después del deducible	
Marca no preferencial ⁴	50 % hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando se permita			20 % después del deducible	25 % después del deducible		20 % después del deducible	25 % después del deducible	

- 1 Se exime el deducible.

2 El deducible individual y el monto máximo de gasto de bolsillo individual propio se aplican únicamente a la cobertura de una sola persona. El deducible familiar y el monto máximo de gasto de bolsillo familiar propio se aplican cuando dos o más personas están cubiertas en el plan. Este plan incluye también el monto máximo de gasto de bolsillo propio incluido por miembro, que corresponde al monto de gasto de bolsillo individual. Bajo este plan, el deducible se debe cumplir antes de que la aseguradora pague los beneficios (excepto cuando 1 indica que se exime el deducible).

3 Para los planes de Moda, el gasto de bolsillo máximo incluye el deducible médico, los copagos médicos, el coseguro médico, los copagos del nivel de costo adicional y los gastos de farmacia.

4 Se debe aprobar una excepción a la lista de medicamentos aprobados para los medicamentos de venta con receta de marca no preferida.
- 5 Para recibir los beneficios de atención coordinada dentro de la red, debe elegir y utilizar un proveedor de atención primaria de PCP 360.

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








7 Para los planes de Kaiser, la atención de acupuntura está limitada a 12 visitas por año y la quiropráctica está limitada a 20 visitas por año. Para los planes de Moda, la atención de acupuntura y la manipulación de la columna vertebral se limitan a 12 visitas combinadas por año. Las visitas al consultorio para acupuntura y quiropráctica están sujetas a copagos y coseguros del especialista y no están limitadas a las 12 visitas combinadas por año del plan.
- Este documento es para fines comparativos únicamente. No describe totalmente los beneficios de cada plan. Para obtener más información, consulte los documentos del plan. Si existe algún conflicto entre esta comparación y los documentos del plan, prevalecerán los documentos del plan.



Comparación de beneficios para 2025-26

Planes dentales

 Esta es una comparación de planes dentales de alto nivel. Para obtener más información, consulte los documentos del plan.








	 <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>	 <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>	 <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>	 <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>	 <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>		
Servicios dentales	Plan Premier 1 ¹	Plan Premier 5 ¹	Plan Premier 6	PPO exclusivo - Plan de incentivo ¹	Plan PPO exclusivo	Kaiser Plan dental	Willamette Plan dental
Red	Delta Dental Premier	Delta Dental Premier	Delta Dental Premier	Plan de red limitada PPO de Delta Dental ²	Plan de red limitada PPO de Delta Dental ²	Plan de red limitada Centros de Kaiser Permanente ²	Plan de red limitada Centros dentales de Willamette ²
Copago por visitas a consultorios dentales	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	No se aplica	\$20 ³	\$20 ³
Beneficio máximo	\$2,200 ⁴	\$1,700 ⁴	\$1,200	\$2,300 ⁴	\$1,500 ⁴	\$3,000 ⁴	No se aplica
Deducible	\$50	\$50	\$50	\$50	\$50	No se aplica	No se aplica
Servicios preventivos y de diagnóstico: se exime el deducible para servicios preventivos y de diagnóstico en los planes Delta Dental ⁶							
Exámenes bucales, radiografías, limpiezas (profilaxis), tratamientos con flúor y mantenedores de espacio	70 % + 10 % cada año del plan ⁶	70 % + 10 % cada año del plan ⁶	100 % ⁶	100 % ⁶	100 % ⁶	100 % ⁶	100 %
Servicios de restauración							
Empastes de rutina, incrustaciones y coronas de acero inoxidable	70 % + 10 % ¹ cada año del plan	70 % + 10 % ¹ cada año del plan	80 % ¹	70 % + 10 % ¹ cada año del plan	90 % ¹	100 % ³	100 % ³
Extracción simple							
Extracciones dentales simples	70 % + 10 % cada año del plan	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	70 % + 10 % cada año del plan	90 %	100 % ³	100 % ³
Cirugía bucal							
Extracciones dentales quirúrgicas, que incluyen diagnóstico y evaluación	70 % + 10 % cada año del plan	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	70 % + 10 % cada año del plan	90 %	\$50 de copago ³	\$50 de copago ³
Periodoncia							
Diagnóstico, evaluación y tratamiento de enfermedades de las encías, que incluyen eliminación del sarro y alisado radicular	70 % + 10 % cada año del plan	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	70 % + 10 % cada año del plan	90 %	100 % ³	100 % ³

Planes dentales — continuación

Esta es una comparación de **planes dentales de alto nivel**. Para obtener más información, consulte los documentos del plan.



Servicios dentales	Plan Premier 1¹	Plan Premier 5¹	Plan Premier 6	PPO exclusivo - Plan de incentivo¹	Plan PPO exclusivo	Kaiser Plan dental	Willamette Plan dental
Endodoncia							
Tratamiento de conducto y terapia relacionada, que incluye diagnóstico y evaluación	70 % + 10 % cada año del plan	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	70 % + 10 % cada año del plan	90 %	\$50 de copago³	\$50 de copago³
Servicios de restauración mayor							
Coronas de oro o porcelana e incrustaciones “onlay”	70 % + 10 % cada año del plan	70 %	50 %	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	\$250 de copago³	\$250 de copago³, 5
Implantes	70 % + 10 % cada año del plan	50 %	50 %	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	50 %³	Cirugía de implantes de hasta \$1,500 máximo por año calendario⁵
Otros servicios cubiertos							
Protectores oclusales (protectores dentales para dormir)	50 % hasta \$250 máximo, una vez cada 5 años	50 % hasta \$250 máximo, una vez cada 5 años	50 % hasta \$250 máximo, una vez cada 5 años	50 % hasta \$250 máximo, una vez cada 5 años	50 % hasta \$250 máximo, una vez cada 5 años	65 %, una vez cada 5 años	100 % una vez cada 2 años
Protectores bucales atléticos	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	65 %, una vez cada 12 meses	\$100 de copago³
Óxido nitroso	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	\$0 de copago (12 años y menores) \$25 de copago (13 años y mayores)	\$15 de copago³
Servicios de prótesis fijas y removibles							
Dentaduras postizas completas o parciales, recubrimientos, rebasados	70 % + 10 % cada año del plan	50 %	50 %	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	\$100 de copago³	\$100 de copago³, 5
Retenedores del puente y pónicos	70 % + 10 % cada año del plan	50 %	50 %	70 % + 10 % cada año del plan	80 %	\$250 de copago³	\$250 de copago³, 5

Servicios dentales	 <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>	 <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>	 <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>	 <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>	 <small>Delta Dental of Oregon & Alaska</small>		
	Plan Premier 1 ¹	Plan Premier 5 ¹	Plan Premier 6	PPO exclusivo - Plan de incentivo ¹	Plan PPO exclusivo	Kaiser Plan dental	Willamette Plan dental
Ortodoncia							
Tratamiento de ortodoncia	80 % hasta \$1,800 máximo de por vida	80 % hasta \$1,800 máximo de por vida	Sin cobertura de ortodoncia en este plan	80 % hasta \$1,800 máximo de por vida	80 % hasta \$1,800 máximo de por vida	\$2,500 de copago + \$20 por visita	\$2,500 de copago + \$20 por visita

- 1

Bajo los planes dentales de Delta Dental 1 y 5, PPO exclusivo - Plan de incentivos de Delta Dental, los beneficios empiezan al 70 % el primer año del plan, luego van aumentando 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.
- 2

Los servicios prestados por proveedores fuera de la red limitada no están cubiertos, salvo en caso de una emergencia dental. Los servicios de emergencia incluyen únicamente un examen limitado y tratamiento paliativo.
- 3

El copago de la visita al consultorio se aplica para cada visita, además de cualquier copago del plan para los servicios.
- 4

La atención preventiva y ortodóntica no se cuentan como parte de este monto máximo.
- 5

Las prótesis apoyadas por implantes dentales (coronas, puentes y dentaduras postizas) no están cubiertas por el plan de Willamette Dental Group.
- 6

Los servicios preventivos no se acumularán para el máximo de beneficios del plan.
- Este documento es para fines comparativos únicamente. No describe totalmente los beneficios de cada plan. Para obtener más información, consulte los documentos del plan. Si existe algún conflicto entre esta comparación y los documentos del plan, prevalecerán los documentos del plan.**



Comparación de beneficios para 2025-26

Planes de la vista







 Esta es una comparación de planes de la vista de alto nivel. Para obtener más información, consulte los documentos del plan.



Servicios de la vista	Plan de la vista de Kaiser ¹ Centros de Kaiser Permanente	Plan de Moda Opal Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia	Plan de Moda Pearl Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia	Plan de Moda Quartz Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia	Plan de VSP Choice Plus Plan de VSP Choice Network	Plan de VSP Choice Plan de VSP Choice Network
Monto máximo por año del plan	\$250	\$600	\$400	\$250	No se aplica	No se aplica
Examen ocular de rutina						
Beneficio	Cubierto por el plan médico de Kaiser Permanente (no se aplica al máximo anual del plan de la vista).	El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan)	El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan)	El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan)	El plan paga el 100 % después de un copago de \$10	El plan paga el 100 % después de un copago de \$10
Frecuencia	Según sea necesario	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan
Lentes						
Beneficio básico de lentes	Menos de 19 años: Sin cargo por un par de marcos y lentes estándar o lentes de contacto De 19 años o más: El plan paga el 100 % (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan)	El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan)	El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan)	\$20 de copago (se aplica a lentes y marcos): Lentes de vidrio o plástico monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares con cobertura total. Lentes de policarbonato, resistentes a los arañazos y con revestimiento UV completo.	\$20 de copago (se aplica a lentes y marcos): Lentes de vidrio o plástico monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares con cobertura total. Recubrimientos resistentes a rayaduras y rayos UV en toda la superficie. Lentes de policarbonato con cobertura total para hijos dependientes.
Mejoras para los lentes					\$0 de copago para lentes progresivos estándar \$15 de copago para recubrimiento antirreflejo o lentes progresivos premium/personalizados	\$0 de copago para lentes progresivos estándar Descuentos en policarbonato para adultos, recubrimiento antirreflejo o lentes progresivos premium/personalizados
Frecuencia	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan







Planes de la vista — continuación

 Esta es una comparación de planes de la vista de alto nivel. Para obtener más información, consulte los documentos del plan.

<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>						
Servicios de la vista	Plan de la vista de Kaiser ¹ Centros de Kaiser Permanente	Plan de Moda Opal Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia	Plan de Moda Pearl Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia	Plan de Moda Quartz Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia	Plan de VSP Choice Plus Plan de VSP Choice Network	Plan de VSP Choice Plan de VSP Choice Network
Marcos						
Beneficio	Menos de 19 años: Sin cargo para un par de marcos y lentes estándar. De 19 años o más: El plan paga el 100 % (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan)	El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan)	El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan)	Con cobertura total después de \$20 de copago, hasta un límite de asignación minorista de \$300; 20 % de descuento sobre el importe que supere el límite de asignación minorista para marcos.	Con cobertura total después de \$20 de copago, hasta un límite de asignación minorista de \$150; 20 % de descuento sobre el importe que supere el límite de asignación minorista para marcos.
Marcos						
Frecuencia	Una vez por año del plan	De 0 a 16 años: Una vez por año del plan De 17 años o más: Una vez cada dos años de plan	De 0 a 16 años: Una vez por año del plan De 17 años o más: Una vez cada dos años de plan	De 0 a 16 años: Una vez por año del plan De 17 años o más: Una vez cada dos años de plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan
Lentes de contacto (en vez de marcos y lentes)						
Beneficio	Menos de 19 años: Sin cargo para lentes de contactos De 19 años o más: El plan paga el 100 % (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100 % (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100 % (hasta el máximo del plan)	El plan paga el 100 % (hasta el máximo del plan)	Con cobertura total hasta un límite de asignación minorista de \$300; hasta \$60 de copago para la adaptación de lentes de contacto y el examen de evaluación	Con cobertura total hasta un límite de asignación minorista de \$150; hasta \$60 de copago para la adaptación de lentes de contacto y el examen de evaluación
Frecuencia	Una vez por año del plan	Hasta el máximo del plan	Hasta el máximo del plan	Hasta el máximo del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan

Planes de la vista — continuación

Esta es una comparación de planes de la vista de alto nivel. Para obtener más información, consulte los documentos del plan.

						
Servicios de la vista	Plan de la vista de Kaiser ¹ Centros de Kaiser Permanente	Plan de Moda Opal Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia	Plan de Moda Pearl Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia	Plan de Moda Quartz Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia	Plan de VSP Choice Plus Plan de VSP Choice Network	Plan de VSP Choice Plan de VSP Choice Network
Beneficio sin receta						
Beneficio	Puede utilizar \$100 de la asignación anual de \$250 para anteojos de sol no recetados y/o anteojos de descanso de pantallas	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Los miembros de OEGBB pueden utilizar su asignación para marcos para pagar anteojos de sol no recetados ya preparados o anteojos con filtro de luz azul no recetados ya preparados, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados	Los miembros de OEGBB pueden utilizar su asignación para marcos para pagar anteojos de sol no recetados ya preparados o anteojos con filtro de luz azul no recetados ya preparados, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados

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

Este documento es para fines comparativos únicamente. No describe totalmente los beneficios de cada plan. Para obtener más información, consulte los documentos del plan. Si existe algún conflicto entre esta comparación y los documentos del plan, prevalecerán los documentos del plan.



Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o el formato que prefiera sin costo alguno. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de OEGBB llamando al 888-4My-OEGBB (888-469-6322) o enviando un mensaje de correo electrónico a oebbb.benefits@odhsoha.oregon.gov. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.