

**Guía para la inscripción**  
Año del plan 2020-21



# **BENEFICIOS**

# **PARA SU**



## **VIDA**

## **SALUD**

## **BIENESTAR**

**La inscripción comienza el 15 de agosto**  
**OEBBenroll.com**

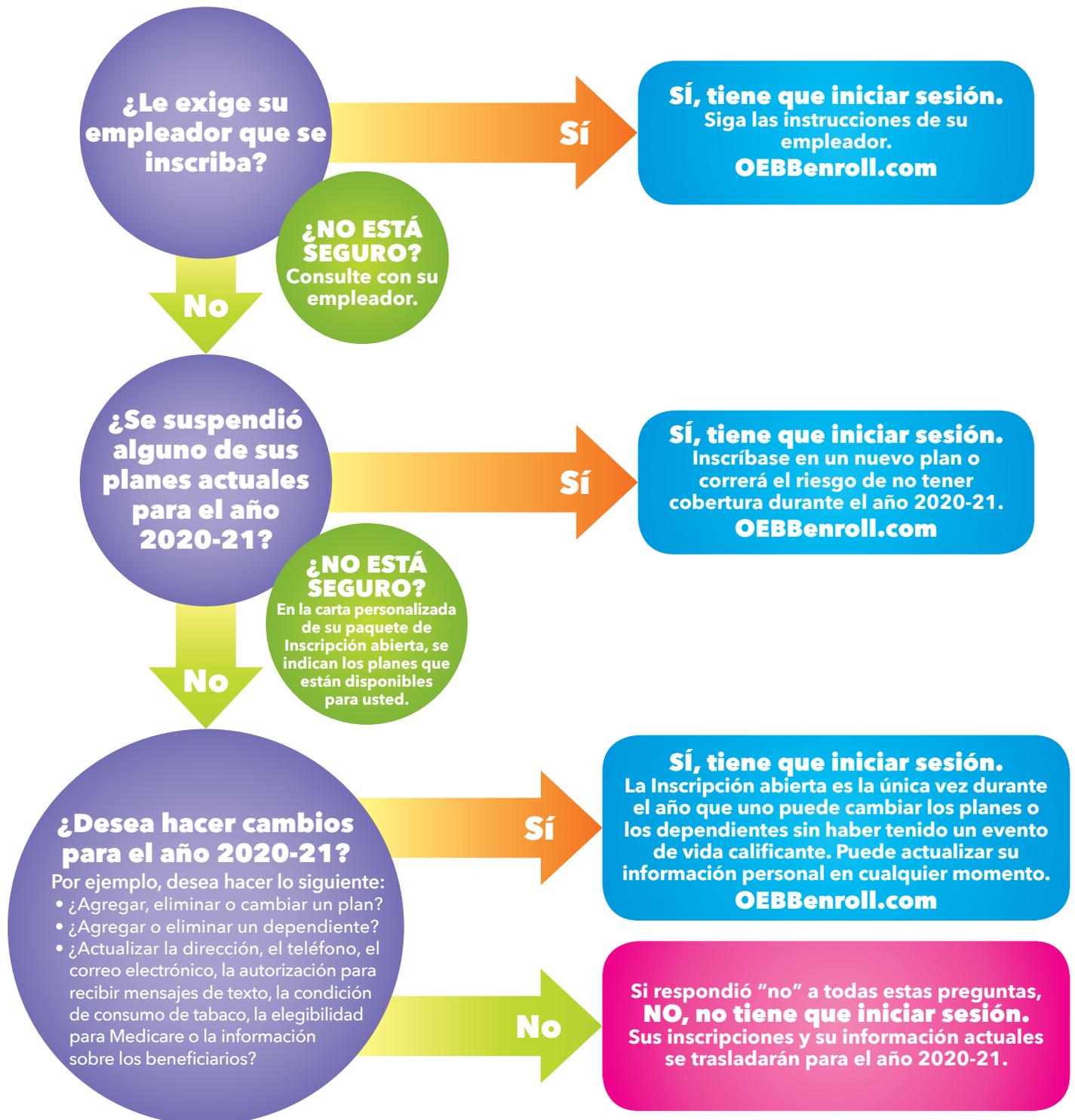


# ¿Qué hay adentro?

<b>¿Tiene que iniciar sesión?</b> .....	<b>2</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>3</b>
Definiciones de los términos sobre los beneficios .....	<b>4</b>
Dependientes fuera del área .....	<b>6</b>
Información sobre jubilaciones anticipadas .....	<b>7</b>
Evite estos errores frecuentes .....	<b>8</b>
Nuevo recargo por doble cobertura.....	<b>8</b>
¿A quién va a llamar? .....	<b>9</b>
Programas de bienestar.....	<b>10</b>
<b>Beneficios médicos/para medicamentos recetados</b> .....	<b>11</b>
Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Kaiser Permanente .....	<b>12</b>
Resumen de beneficios: Planes de Kaiser Permanente 1, 2 y 3.....	<b>15</b>
Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health .....	<b>16</b>
Cómo funcionan los planes de Moda .....	<b>17</b>
Atención coordinada .....	<b>18</b>
Encontrar un proveedor dentro de la red .....	<b>19</b>
Resumen de beneficios: Plan 1 de Moda Health .....	<b>20</b>
Resumen de beneficios: Plan 2 de Moda Health .....	<b>21</b>
Resumen de beneficios: Plan 3 de Moda Health .....	<b>22</b>
Resumen de beneficios: Plan 4 de Moda Health .....	<b>23</b>
Resumen de beneficios: Plan 5 de Moda Health .....	<b>24</b>
Elegir un PCP 360 .....	<b>26</b>
Cuentas de ahorro para la salud (HSA) .....	<b>27</b>
Resumen de beneficios: Plan 6 de Moda Health (con HSA opcional).....	<b>28</b>
Resumen de beneficios: Plan 7 de Moda Health (con HSA opcional).....	<b>29</b>
Beneficios de farmacia: Moda Health .....	<b>30</b>
<b>Período de espera de 12 meses</b> (cuando se aplaza la cobertura dental) ...	<b>32</b>
<b>Beneficios dentales</b> .....	<b>33</b>
Beneficios dentales: Kaiser Permanente.....	<b>34</b>
Beneficios dentales: Willamette Dental Group .....	<b>36</b>
Beneficios dentales: Delta Dental (Moda Health).....	<b>38</b>
<b>Beneficios para la vista</b> .....	<b>41</b>
Beneficios para la vista: Kaiser Permanente .....	<b>42</b>
Beneficios para la vista: Moda Health.....	<b>43</b>
Beneficios para la vista: VSP .....	<b>44</b>
<b>Beneficios opcionales</b> .....	<b>45</b>
Seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento: The Standard....	<b>46</b>
Seguro de incapacidad de corto y largo plazo: The Standard.....	<b>47</b>
Seguro de atención de largo plazo: Unum .....	<b>48</b>
Programa de asistencia para empleados: Reliant Behavioral Health.....	<b>48</b>

# ¿Tiene que iniciar sesión en esta Inscripción abierta?

Responda las preguntas a continuación para decidir.





# INTRODUCCIÓN

**Definiciones**

**Dependientes fuera del área  
Jubilados de manera anticipada**

**Errores frecuentes**

**Información de contacto**

**Programa de bienestar**

# Definiciones de los términos sobre los beneficios

**Monto máximo de costo compartido en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio ("Affordable Care Act", ACA)** Este es el monto máximo que usted deberá pagar de su bolsillo por los servicios médicos y para medicamentos recetados combinados dentro de la red, que incluye los copagos del Nivel de costo adicional (ACT).

**Nivel de costo adicional ("Additional Cost Tier", ACT)** Los servicios de este nivel requieren un copago adicional de \$100 o \$500. Estos copagos no se aplican al deducible ni al monto médico máximo anual que pague de su bolsillo, y se suman a otros copagos o coseguros aplicables que debe pagar según los beneficios del plan médico específico. Estos copagos sí aplican al monto máximo de costo compartido anual en virtud de la Ley ACA.

**Cobro del saldo** Cuando los proveedores fuera de la red le envíen la factura por la diferencia entre la asignación máxima de su plan y los cargos cobrados. Los proveedores dentro de la red no hacen esto.

**COBRA** Esta sigla hace referencia a la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada, la cual es la ley federal que exige que los empleadores permitan la cobertura permanente a través de un plan médico grupal después de perder la elegibilidad en el grupo con autopagos por cuenta del afiliado.

**Coseguro** El porcentaje de gastos elegibles de atención médica que usted paga después de alcanzar cualquier deducible anual requerido.

**Plan dental constante** A diferencia de los planes dentales de incentivo, los beneficios permanecen constantes independientemente de la frecuencia con que la persona visite al dentista.

**Atención de salud coordinada** Los planes de seguro médico de Moda permiten que cada persona con cobertura tenga la opción de participar en la atención de salud coordinada al elegir y usar un PCP 360. Las personas participantes reciben un deducible individual más bajo, un monto máximo de bolsillo individual más bajo y menores costos por visitas al consultorio, visitas con especialistas y visitas de medicina alternativa (en comparación con aquellos que están inscritos en el plan de seguro médico de Moda que no eligen ni usan un PCP 360 y que, por lo tanto, reciben el beneficio de atención de salud no coordinada).

**Copagos** El monto fijo en dólares que paga por determinados servicios.

**Deducible** El monto que debe pagar todos los años antes de que comience el plan para pagar los gastos cubiertos de atención médica que use.

**Dependiente** Persona que reúne los requisitos para recibir beneficios de la OEGB en función de la relación con otra persona, a diferencia de su propia condición de empleo (por ejemplo: cónyuge, pareja de hecho, hijo, hijastro, etc.).

**Jubilado de manera anticipada** Persona que se jubila antes de los 65 años de edad. A fin de ser elegible para recibir beneficios de la OEGB, un jubilado de manera anticipada no debe ser elegible para Medicare y debe ser elegible para recibir una asignación de jubilación para servicios de conformidad con el Sistema Público de Jubilación de Empleados ("Public Employees Retirement System", PERS) o un plan de beneficios jubilatorios, o bien un sistema ofrecido por un empleador participante de la OEGB.

**Contribución del empleador** El monto que su empleador paga para el paquete de beneficios o la prima de seguro médico. Esto se denomina a veces su "tope".

**Plan dental PPO exclusivo** Este plan no ofrece beneficios fuera de la red. En este plan, los servicios que se prestan fuera de la red PPO de Delta Dental no se encuentran cubiertos, excepto cuando se trate de una emergencia dental.

**Lista de medicamentos** Lista que muestra qué medicamento recetado se encuentra cubierto por un plan de seguro médico y en qué nivel de cobertura se enmarca (por ejemplo: genérico, preferido, no preferido).

**Plan dental de incentivo** (planes 1 y 5 de Delta Dental Premier) Los beneficios comienzan al 70 por ciento para el primer año de cobertura del plan. De allí en adelante, los pagos de los beneficios aumentan el 10 por ciento cada año del plan (hasta alcanzar un máximo del 100 por ciento), siempre que la persona haya visitado al dentista, al menos, una vez durante el año del plan anterior. No hacerlo generará una reducción del 10 por ciento en los pagos de beneficios al siguiente año del plan, aunque el pago nunca descenderá por debajo del 70 por ciento.

# Definiciones de los términos sobre los beneficios

**Proveedor dentro de la red** Proveedor o establecimiento que tiene un contrato con un plan médico para prestar servicios por un descuento negociado.

**Beneficio máximo** El monto total pagadero por un plan por un año de plan.

**Asignación máxima del plan ("Maximum Plan Allowance", MPA)** El monto máximo que un plan pagará por el costo de un servicio.

**Elegible para recibir Medicare** Una persona que actualmente cumple con los requisitos para recibir beneficios de Medicare, ya sea debido a una discapacidad o bien por su edad (de 65 años o mayor).

**Atención de salud no coordinada** Los planes de seguro médico de Moda permiten que cada persona con cobertura tenga la opción de participar en la atención de salud coordinada al elegir y usar un PCP 360. Si una persona inscrita en el plan de seguro médico de Moda no elige ni usa un PCP 360, recibe el beneficio de "atención de salud no coordinada" que incluye un deducible individual más alto, un monto máximo de bolsillo individual más alto y costos más altos por visitas al consultorio, visitas con especialistas y visitas de medicina alternativa (en comparación con aquellos que eligen la atención de salud coordinada).

**Proveedor fuera de la red** Proveedor que no tiene un contrato con el plan médico. Nota: Algunos planes no cubrirán los servicios prestados por proveedores fuera de la red. Elija bien sus planes y proveedores.

**Monto máximo de bolsillo** El máximo que pagará por los servicios en un año antes de que el plan comience a pagar el 100 % de los gastos elegibles. Nota: Las primas mensuales del seguro no están incluidas en este monto máximo y deben continuar pagándose aun después de que se haya alcanzado el monto máximo de bolsillo.

**PCP 360** (aplica solo a los planes de seguro médico de Moda) un PCP 360 es un proveedor de alta calidad que tiene un contrato con Moda Health para proporcionar atención de salud integral en coordinación con otros proveedores si es necesario. Cada persona cubierta con el plan de seguro médico de Moda tiene la opción de participar en atención de salud coordinada y recibir beneficios mejorados al elegir y usar un PCP 360. Use la herramienta en línea "Find Care" (encontrar atención) de Moda Health para saber cuáles proveedores son los proveedores "PCP 360".

**Preautorización (o autorización previa)** El requisito de un plan de seguro de que los servicios cubiertos sean aprobados por el plan antes de la fecha del servicio.

**Atención preventiva** Medidas tomadas para la prevención de enfermedades, en contraste con el tratamiento de una enfermedad.

**Proveedor de atención primaria** También denominado médico general; es el primer contacto en el caso de una persona con una inquietud de salud no diagnosticada, así como atención continua de distintas afecciones médicas sin limitación de causa, sistema de órganos ni diagnóstico.

**Cambio calificado de condición ("Qualified Status Change", QSC)** Un evento de vida que permite que un afiliado cambie las elecciones del plan fuera del período anual de inscripción abierta. Para obtener un listado completo de los cambios calificados de condición, visite nuestro sitio web, donde encontrará toda nuestra matriz: [www.oregon.gov/OHA/OEBB/pages/QSC-matrix.aspx](http://www.oregon.gov/OHA/OEBB/pages/QSC-matrix.aspx)

**Jubilado de manera anticipada con autopagos por cuenta del afiliado ("Self-Pay Early Retiree", SPER)** Jubilado de manera anticipada que no recibe ninguna contribución del empleador anterior y paga la prima completa directamente a la OEBB.

# Dependientes fuera del área

Información sobre la cobertura de dependientes que no viven con usted por proveedor:

## **Kaiser Permanente**

*Planes médicos, dentales y para la vista de Kaiser (establecimientos de Kaiser Permanente)*

Kaiser Permanente ofrece acceso a la atención de salud de urgencia y emergencia fuera de la red de Kaiser Permanente. Sus beneficios fuera del área también cubren la atención de salud de rutina, continua y de seguimiento para sus hijos dependientes que vivan fuera del área de Kaiser Permanente Northwest (KPNW). Con este beneficio, usted paga un coseguro del 20 por ciento de la tarifa actual cobrada por el proveedor, el establecimiento o el proveedor. Con un límite de diez visitas al consultorio, diez análisis de laboratorio y radiografías (sin incluir pruebas de diagnóstico por imágenes especiales) y diez surtidos de medicamentos recetados por año. Puede encontrar más información en [my.kp.org/oebb](http://my.kp.org/oebb).

## **Moda Health/Delta Dental**

*Planes médicos de Moda (red Connexus)*

Si un dependiente vive fuera del área de la red Connexus, el empleado de la OEGB debe actualizar la dirección del dependiente en el sistema de MyOEGB antes de que el dependiente busque servicios. El dependiente quedará inscrito como afiliado fuera del área a partir del 1.er día del mes posterior a la notificación.

Consulte la página 19 para ver las opciones de atención de salud coordinada y PCP 360 fuera del área.

Se les recomienda a los afiliados que usen proveedores pertenecientes a la red de viaje (Travel Network) de Moda Health para evitar la facturación del saldo por montos superiores a la asignación máxima del plan. Moda Health ampliará los beneficios del plan para el tratamiento de una enfermedad o una lesión, atención médica de prevención (lo cual incluye exámenes físicos de rutina y vacunaciones) y servicios de maternidad, como si la atención la prestaran médicos o proveedores dentro de la red. Las tarifas que cobren proveedores de atención fuera del área no pertenecientes a la red de viaje se reembolsarán según la asignación máxima del plan correspondiente a dichos servicios, y los afiliados deberán pagar el saldo de cualquier cargo adicional.

Para encontrar a un proveedor médico/de servicios dentales de la red de viaje, comuníquese con el equipo del servicio de atención al cliente de Moda Health Medical llamando al 866-923-0409. Para encontrar un proveedor dental fuera de Oregon, comuníquese con el servicio de atención al cliente de Delta Dental llamando al 866-923-0410.

## **Planes de la vista de Moda**

Los afiliados de servicios para la vista pueden consultar a cualquier proveedor con licencia, pero los montos de los beneficios rendirán más si usted utiliza un proveedor dentro de la red.

## **Planes de Moda/Delta Dental Premier (red de Delta Dental Premier)**

Los afiliados inscritos en el plan 1, 5 o 6 de Delta Dental deben consultar a un dentista de la red de Premier para evitar la facturación de saldos por montos que superen la asignación máxima del plan.

## **Plan PPO exclusivo de Moda/Delta Dental (red PPO de Delta Dental)**

Los afiliados inscritos en el plan PPO exclusivo de Delta Dental deben usar un proveedor de PPO de Delta Dental (los proveedores se encuentran disponibles en todo el país) o no recibirán ningún beneficio. Para encontrar un proveedor de Delta Dental, comuníquese con el equipo del servicio de atención al cliente de Delta Dental llamando al 866-923-0410.

Para encontrar un proveedor de Delta Dental, use "Find Care" (Encontrar atención) para buscar un proveedor de Premier o de PPO dentro de la red, o comuníquese con el equipo del servicio de atención al cliente de Delta Dental llamando al 866-923-0410.

## **VSP**

*Planes para la vista de VSP (red VSP Choice)*

Los afiliados pueden encontrar proveedores de VSP Choice en todo el país. Busque un proveedor en [vsp.com](http://vsp.com).

## **Willamette Dental Group**

*Plan dental de Willamette (establecimientos de Willamette Dental Group)*

Los afiliados pueden obtener acceso a la atención en cualquiera de los más de 50 consultorios de Willamette Dental Group ubicados en todo Oregon, Washington y Idaho. Los dependientes que residan fuera del área de servicio de Willamette Dental Group no contarán con cobertura de ningún tipo de atención dental con un proveedor no perteneciente a Willamette Dental Group, a menos que se trate de una emergencia. Los servicios que no sean emergencias solo obtendrán cobertura cuando los preste un proveedor de Willamette Dental Group.

# Información sobre jubilaciones anticipadas

Un “Jubilado de manera anticipada” es una persona que se jubila antes de los 65 años de edad. A fin de ser elegible para recibir beneficios de la OEBB, un jubilado de manera anticipada no debe ser elegible para Medicare y debe ser elegible para recibir una asignación de jubilación para servicios de conformidad con el Sistema Público de Jubilación de Empleados (“Public Employees Retirement System”, PERS) o un plan de beneficios jubilatorios, o bien un sistema ofrecido por un empleador participante de la OEBB.

## Cambios de inscripción permitidos durante la inscripción abierta

Durante la inscripción abierta, como jubilado de manera anticipada usted puede:

- continuar o cambiar (de acuerdo con lo permitido según la matriz de QSC) su inscripción médica, dental o para la vista;
- continuar o reducir cualquier cobertura opcional en la que esté inscrito, tales como seguro de vida o seguro por muerte accidental y desmembramiento (“accidental death and dismemberment”, AD&D);
- eliminar dependientes elegibles de cualquiera de las coberturas o todas ellas;
- renunciar a, rechazar o cancelar cualquier cobertura.

Como recordatorio:

- Cualquier cobertura rechazada, cancelada o a la que se renuncie no se puede restituir a menos que lo haga al obtener otra cobertura de la OEBB.
- Ningún dependiente elegible a quien se le retire la cobertura puede volver a incorporarse, a menos que el dependiente sufra un evento de cambio calificado de condición (QSC) que le permita inscribirse en la cobertura. Comuníquese con el administrador de beneficios en el plazo de 31 días después del evento calificante.

## Adquisición de elegibilidad de Medicare durante al año del plan

Si usted o un dependiente inscrito elegible adquiere la elegibilidad para recibir Medicare, la cobertura de la OEBB finalizará el último día del mes antes de la fecha de vigencia de la elegibilidad de Medicare.

- Si el jubilado de manera anticipada adquiere la elegibilidad para Medicare, cualquier dependiente elegible que actualmente esté inscrito puede continuar la cobertura de la OEBB hasta que ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad o se vuelva elegible para Medicare.
- La única excepción a esta regla es la siguiente: si el jubilado de manera anticipada o el dependiente elegible adquiere Medicare a raíz de una enfermedad renal en etapa terminal (“end stage renal disease”, ESRD), la cobertura de la OEBB puede continuar hasta por 30 meses posteriores a la elegibilidad para Medicare.

El sistema de la OEBB pondrá fin a la cobertura por la elegibilidad para Medicare obtenida al cumplir 65 años de edad.

**Es su responsabilidad notificar a su empleador si usted se vuelve elegible para Medicare antes de los 65 años de edad debido a una discapacidad.** El no reportar esta información puede causar la denegación de sus reclamos médicos.



## Recursos de inscripción de Medicare

Puede inscribirse en Medicare con hasta tres meses de anticipación. El Programa de Asistencia con Beneficios de Seguro Médico para Adultos Mayores (“Senior Health Insurance Benefits Assistance”, SHIBA) fue creado para prestar asistencia con Medicare y preguntas relativas a la selección de planes de Medicare. El sitio web de SHIBA ([healthcare.oregon.gov/shiba](http://healthcare.oregon.gov/shiba)) está repleto de información útil sobre Medicare, y tiene a su disposición asesores certificados llamando al **1-800-722-4134**.

Puede encontrar recursos adicionales para jubilados de manera anticipada en Internet en:

[www.oregon.gov/oha/OEBB/Pages/Retiree-Guide.aspx](http://www.oregon.gov/oha/OEBB/Pages/Retiree-Guide.aspx)

# Evite estos errores frecuentes

- 1 Conozca SU costo mensual de cobertura.** El sistema de MyOEBB indica el costo total de la prima, pero la mayoría de los empleadores contribuyen para esta, por lo que es posible que el monto que usted pague sea diferente. Consulte a su empleador los costos específicos de su opción del plan.
- 2 Asegúrese de que sus médicos/proveedores estén dentro de la red para los planes que seleccione.** Algunos planes tienen redes limitadas o no cuentan con cobertura fuera de la red. Esté seguro de que su plan cubrirá los servicios donde usted desee recibirlos.
- 3 Vuelva a comprobar que sus dependientes cuenten con la cobertura adecuada.** Cada dependiente debe ser agregado a cada plan (médico, dental, para la vista, etc.) si desea que tengan cobertura.
- 4 Asegúrese de que todas las personas que cubra cumplan con una de las definiciones de dependiente elegible.** Los nietos son solo elegibles para recibir cobertura de la OEBB cuando el empleado elegible es el tutor legal o el padre adoptivo por orden judicial del nieto. Las definiciones de dependientes elegibles, incluidos hijos, cónyuges y parejas de hecho, pueden encontrarse en el sitio web de la OEBB en: [www.oregon.gov/oha/OEBB/Pages/Eligibility.aspx](http://www.oregon.gov/oha/OEBB/Pages/Eligibility.aspx)
- 5 Antes de que rechace una cobertura dental para usted o para un dependiente, tenga en cuenta el período de espera de 12 meses que se aplicará** si decide agregar la cobertura dental en una Inscripción abierta en el futuro.
- 6 ¡No espere hasta el último momento!** Las oficinas de la OEBB y de las compañías de seguro están cerradas los fines de semana y los días festivos, y es posible que no estén disponibles para ayudarlo durante esos días. Decida cuanto antes, inscríbase pronto.

## Recargo por doble cobertura

**La legislatura del estado de Oregon exige un recargo por doble cobertura de la OEBB/ Junta de Beneficios para Empleados Públicos ("Public Employees Benefits Board", PEBB).**

- Solo corresponde a la doble cobertura médica de afiliados de la OEBB/OEBB, PEBB/PEBB y OEBB/PEBB.
- Solo se cobra a los empleados **ACTIVOS** (no a los afiliados jubilados de manera anticipada ni a los afiliados a COBRA).
- Solo se cobra a los empleados de tiempo completo (no a los empleados de tiempo parcial).
- Un recargo de \$5 por mes (incluso si hay más de un dependiente con doble cobertura).
- Principalmente, afectará a los cónyuges/las parejas con doble cobertura.
- Los hijos no están incluidos, a menos que también sean afiliados de la OEBB o la PEBB (si el empleo hace que sean elegibles para recibir beneficios de la OEBB/PEBB).

Encuentre información más detallada sobre el recargo por doble cobertura en:

[OEBBdemand.com](http://OEBBdemand.com)

# ¿A quién va a llamar?

## Una guía rápida de "quién hace qué" con sus beneficios



888.469.6322  
OEBBinfo.com



866.923.0409  
modahealth.com/oebb



866.223.2375  
my.kp.org/oebb



855.433.6825  
willamettedental.com/oebb



800.877.7195  
vsp.com



866.756.8115  
standard.com/mybenefits/oebb



866.750.1327  
myrbh.com



800.227.4165  
w3.unum.com/enroll/oebb

**OEBB** hace referencia a la Junta de Beneficios para Educadores de Oregon, pero también prestamos servicios a ciudades, condados y gobiernos locales, además de a educadores, por lo que simplemente nos llamamos "OEBB" (que se pronuncia OH-ebb). La junta directiva de la OEBB decide qué planes y beneficios de seguro se ofrecen a los empleadores participantes. La OEBB celebra los contratos legales con las compañías de seguro, cobra las primas de los empleadores y se las reparte a las compañías de seguro.

**Comuníquese con la OEBB si necesita ayuda:** para iniciar sesión o navegar en el sistema de inscripción de MyOEBB (OEBBenroll.com), aclarar normas, verificar inscripciones, comprender sus beneficios o sus opciones de programas de bienestar.

**Las compañías de seguro** son las aseguradoras que pagan a los proveedores parte o la totalidad de los servicios de atención médica que usted recibe, según lo acordado en su contrato de la OEBB.

**Comuníquese con su compañía de seguro si necesita ayuda para:** calcular su parte del costo correspondiente a un procedimiento, comprender de qué forma se pagó un reclamo, encontrar un proveedor dentro de la red, completar la evaluación médica en línea u obtener una nueva tarjeta de identificación.

**Su empleador** es quien más sabe acerca de las opciones específicas de su plan y el costo mensual de cobertura. Cada empleador decide qué planes de la OEBB ofrecerá a sus empleados y negocia diferentes contribuciones financieras para los paquetes de beneficios de los empleados. Es posible que también establezca sus propios plazos de inscripción o que tenga políticas propias diferentes a las de la OEBB.

**Comuníquese con su empleador si necesita:** modificar sus beneficios como consecuencia de un evento de vida (por ejemplo, contraer matrimonio o tener un bebé), determinar el costo mensual de cobertura, planificar la jubilación y comprender o corregir las deducciones de la nómina.

**Sus proveedores** son los profesionales (médicos, dentistas, especialistas, etc.) que hacen lo siguiente: que brindan atención médica, examinan y diagnostican enfermedades, y recetan tratamientos.

**Comuníquese con su proveedor si necesita:** programar una cita, calcular el costo total de un procedimiento, pagar la parte que le corresponde (copago o coseguro) de un servicio y obtener asesoramiento respecto de síntomas o resultados de un análisis de laboratorio.

Concéntrese en usted con el  
**Programa de bienestar**  
de la OEBB



La OEBB ofrece  
diversos recursos para  
que le resulte más sencillo  
**concentrarse**  
**en usted.**

**WW** Weight Watchers reinventado

**VLM** Control virtual del estilo de vida  
(prevención de la diabetes)

**BCBH** Better Choices, Better Health  
(control de afecciones crónicas)

**Total Brain** Una aplicación con ejercicios para mejorar  
la función cerebral, el control del estrés, etc.

**Quit 4 Life** Programa para dejar de fumar

**Moda Health** Variedad de recursos relacionados  
con el bienestar, capacitación en salud, etc.

**Kaiser Permanente** Variedad de recursos  
relacionados con el bienestar, capacitación  
en salud, etc.

**Reliant Behavioral Health/Programa de  
asistencia para empleados ("Employee  
Assistance Program", EAP)**

Servicios de conciliación de la vida laboral y personal,  
asesoramiento, etc.

Visite [OEBBwellness.com](http://OEBBwellness.com) para obtener  
más información.



# **BENEFICIOS MÉDICOS/PARA MEDICAMENTOS RECETADOS**

**Kaiser Permanente  
Moda Health**

# Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Kaiser Permanente



## Atención de calidad con usted en el centro

Para tener buena salud, usted necesita atención de calidad que sea simple, personalizada y sin complicaciones. En Kaiser Permanente, la atención y la cobertura vienen juntas, para que usted obtenga todo lo que necesite para estar a cargo de su salud en un paquete fácil de usar.

Nuestros equipos de atención dirigidos por médicos trabajan juntos para mantenerlo sano al proporcionarle atención personalizada de alta calidad.



### Excelente atención de salud por parte de excelentes médicos

Nuestros médicos provienen de las principales facultades de medicina y muchos de ellos enseñan en universidades de renombre mundial. Independientemente del médico personal que usted elija, estará en manos experimentadas y altamente especializadas, en las cuales su salud será la preocupación principal.

Como el más importante defensor de su salud, su médico coordinará el itinerario de atención y usted trabajará a su lado para tomar las decisiones sobre su salud.



### Mejor atención de salud con un equipo en comunicación

Su médico, el personal de enfermería y otros especialistas trabajan todos juntos para que usted esté sano. Están conectados entre sí y con usted, mediante su historia clínica electrónica. De esa forma, ellos sabrán cosas importantes sobre usted y su salud; por ejemplo, cuándo le toca un chequeo y qué medicamentos está tomando. De ese modo, obtiene la atención personalizada que sea adecuada para usted.



### Atención personalizada para todos los afiliados

La atención en Kaiser Permanente no es uniforme para todos. Creemos que su historia, sus antecedentes y sus valores son tan importantes como su historial médico. Para poder prestar una atención que sea sensible a todas las culturas, etnias y estilos de vida, hacemos lo siguiente:

- Nos esforzamos por contratar médicos y personal que hablen más de un idioma.
- Ofrecemos servicios de interpretación por teléfono en más de 150 idiomas.
- Entrenamos a nuestros equipos de atención para que puedan conectarse y atender todo tipo de personas.
- Proporcionamos 5 módulos de Salud en español en los que los afiliados interactúan con hispanohablantes de principio a fin, desde el personal de recepción hasta los enfermeros y los médicos.
- Ofrecemos servicios de atención de salud con afirmación de género en un ambiente que acepta, que es sensible y que cuida de los afiliados transgénero y de género no binario.

# Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Kaiser Permanente

## Su atención, su camino

Elija dónde, cuándo y cómo la desea. Con más opciones para elegir, es más sencillo estar a cargo de su salud.

### Elija cómo recibirá atención



#### En persona

Visite a su médico para recibir atención de rutina, servicios preventivos, atención cuando no se sienta bien y mucho más.



#### Teléfono

¿Tiene una afección que no requiere un examen en persona? Ahórrese el traslado hasta el consultorio al programar una llamada con un médico de Kaiser Permanente.<sup>1,2</sup>



#### Video

¿Desea una manera conveniente y segura de consultar a un médico dondequiera que esté? Reúnase personalmente con un médico de Kaiser Permanente en su computadora, Smartphone o tableta.<sup>1,2</sup> Obtenga más información en [kp.org/telehealth/nw](http://kp.org/telehealth/nw) o llámenos para saber si tiene a disposición visitas por video.

### Otras maneras de obtener atención en el momento



#### Atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana y asesoramiento por teléfono

Llámenos para obtener asesoramiento cuando más lo necesite. Lo ayudaremos a averiguar cuál es la atención adecuada para usted, a programar citas y mucho más.



#### Correo electrónico

Envíe un mensaje con preguntas médicas que no sean urgentes al consultorio de su médico en cualquier momento.<sup>2</sup> Obtendrá normalmente una respuesta en el plazo de 2 días hábiles.



#### En línea

Gestione su salud, encuentre ubicaciones cercanas y aproveche las guías de salud y otros recursos. También puede descargar la aplicación de Kaiser Permanente para mantenerse siempre al día de su atención.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Cuando corresponda y se encuentre disponible.

<sup>2</sup>Estas opciones están disponibles cuando recibe atención en los establecimientos de Kaiser Permanente.

<sup>3</sup>Para utilizar la aplicación de Kaiser Permanente, debe registrarse como afiliado de Kaiser Permanente en [kp.org](http://kp.org).

# Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Kaiser Permanente

## Atención cuándo y dónde la necesita

Es sencillo para usted y su familia obtener la atención necesaria cuando la necesiten. Hay muchos establecimientos de Kaiser Permanente en Oregon que ofrecen horarios convenientes y una amplia variedad de atención y servicios.

### Encontrar el lugar correcto

Elegir un lugar conveniente para recibir atención es simple; tan solo conéctese por Internet o use su teléfono inteligente.

- Visite [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) para buscar por código postal, palabra clave o tipo de servicio que necesite.
- Busque en su teléfono inteligente a través del localizador que se encuentra en la aplicación móvil de Kaiser Permanente.<sup>1</sup>

### Muchos servicios en un mismo lugar

La mayoría de nuestros establecimientos ofrecen una variedad de atención y servicios para que usted pueda cubrir varias necesidades de atención médica en una visita. Puede consultar a su médico o especialista, obtener un análisis de laboratorio o una radiografía, y recoger sus medicamentos, todo sin abandonar el edificio.

### Cómo obtener atención en cualquier lugar y en cualquier momento

#### Atención de urgencia

Muchos establecimientos abiertos los 7 días de la semana ofrecen servicios para necesidades médicas de urgencia que no sean de emergencia y que requieran atención inmediata.<sup>2</sup> Visite [kp.org/urgentcare/nw](http://kp.org/urgentcare/nw) para ver la ubicación de los establecimientos de atención de urgencia y sus horas de atención.

#### Atención de emergencia

Si en algún momento necesita atención de emergencia, está cubierto. Siempre puede obtener atención en cualquier departamento de emergencia de un hospital perteneciente o no a Kaiser Permanente.<sup>3</sup>

#### Atención durante un viaje

Si se lesiona o enferma durante un viaje, le ayudaremos a obtener atención médica. Simplemente comuníquese con la línea de viaje Away from Home las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **951-268-3900**<sup>4</sup> o visite [kp.org/travel](http://kp.org/travel).

#### Atención para afiliados visitantes

Puede obtener atención en California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Virginia, Washington y Washington, DC o partes de estos estados como afiliado visitante. Llame a nuestra línea de viaje Away from Home al **951-268-3900** y comunique que planea visitar otra área de servicio de Kaiser Permanente para obtener atención.

Los hijos dependientes tienen cobertura para atención permanente, de rutina y de seguimiento cuando residan temporalmente fuera del área de servicio. También brindamos cobertura en caso de atención de urgencia y de emergencia.

<sup>1</sup>Para utilizar la aplicación de Kaiser Permanente, debe registrarse como afiliado de Kaiser Permanente en [kp.org](http://kp.org).

<sup>2</sup>Una necesidad de atención de urgencia es aquella que requiere atención médica inmediata, habitualmente en el plazo de 24 o 48 horas, pero que no es una afección médica de emergencia. Esto puede incluir lesiones leves, dolores de espalda, dolores de oídos, dolores de garganta, tos, síntomas relacionados con las vías respiratorias altas y micción frecuente o ardor al orinar.

<sup>3</sup>Si tiene motivos razonables para creer que presenta una afección médica de emergencia, llame al 911 o diríjase al departamento de emergencia más cercano. Una afección médica de emergencia es una afección médica o psiquiátrica que requiere atención médica inmediata para evitar riesgos graves para su salud. Si desea conocer la definición completa de afección médica de emergencia, consulte su *Evidencia de cobertura* ("Evidence of Coverage", EOC) u otros documentos de cobertura.

<sup>4</sup>Este número se puede marcar dentro y fuera de Estados Unidos. Antes del número de teléfono, marque "001" desde teléfonos fijos y "+1" desde teléfonos móviles si está fuera del país. Se pueden aplicar cargos por llamadas de larga distancia y no podemos aceptar llamadas de cobro revertido. La línea de teléfono no está disponible en los días festivos importantes.

# Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Kaiser Permanente

## Resumen de beneficios médicos 2020-2021

Beneficios de los planes	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Deducible para el año del plan	Ninguno	\$800/individual <sup>1</sup> \$2,400/familiar <sup>2</sup>	\$1,600/individual <sup>1</sup> \$3,200/familiar <sup>2</sup>
Cantidad máxima de pagos de su bolsillo por año del plan	\$1,500/individual <sup>1</sup> \$3,000/familiar <sup>2</sup>	\$4,000/individual <sup>1</sup> \$12,000/familiar <sup>2</sup>	\$6,550/individual <sup>1</sup> \$13,100/familiar <sup>2</sup>
Servicios de atención preventiva	\$0	\$0	\$0
Atención prenatal	\$0	\$0	\$0
Visitas de chequeos para el bebé sano de rutina	\$0	\$0	\$0
Copago de visita al consultorio	\$20	\$25	20 % después del deducible
Copago del especialista	\$30	\$35	20 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	\$75	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Atención de urgencia	\$35	\$40	30 % después del deducible
Copago por visita a la sala de emergencias	\$100	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Atención hospitalaria	\$100 al día, hasta \$500 por hospitalización, máx.	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Cirugía bariátrica <sup>3</sup>	\$500 + costo compartido de atención para pacientes hospitalizados	\$500 + 20 % después del deducible	\$500 + 20 % después del deducible
Laboratorio/radiografía/pruebas diagnósticas	\$20	\$25	20 % después del deducible
Medicamentos recetados: La farmacia de pedidos por correo está disponible a 2 copagos para un suministro de 90 días	\$5 medicamento genérico \$25 medicamento de marca en la lista de medicamentos aprobados \$45 medicamento de marca no incluido en la lista de medicamentos aprobados 25 % hasta \$100 por especialidad	\$5 medicamento genérico \$25 medicamento de marca en la lista de medicamentos aprobados \$45 medicamento de marca no incluido en la lista de medicamentos aprobados 25 % hasta \$100 por especialidad	20 % después del deducible \$0 por atención preventiva
Cantidad máxima de pagos de su bolsillo para medicamentos recetados por persona	\$1,100	\$1,100	Sujeto a la cantidad máxima de pagos de su bolsillo para servicios médicos
Atención de salud alternativa y de autoremisión: servicios quiroprácticos, medicina natural, y acupuntura	\$20  El beneficio máximo anual combinado de \$2,000 rige para los servicios de atención alternativa	\$25  El beneficio máximo anual combinado de \$2,000 rige para los servicios de atención alternativa	20 % después del deducible  El beneficio máximo anual combinado de \$2,000 rige para los servicios de atención alternativa
Examen ocular de rutina	\$5	\$5	20 % después del deducible

<sup>1</sup>Cobertura por año para el suscrito solamente.

<sup>2</sup>Por año para una familia de 2 o más miembros.

<sup>3</sup>El copago de \$500 se aplica a todos los procedimientos de cirugía bariátrica, además del copago y de los coseguros habituales por la atención para pacientes hospitalizados. Consulte la *Evidencia de cobertura (EOC)* para conocer los criterios específicos con respecto a este beneficio.

Este no es un contrato. Este resumen de beneficios no describe completamente su cobertura de beneficios con Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Para obtener información más detallada sobre su cobertura de beneficios, exclusiones y limitaciones, revisión de reclamos y procedimientos de adjudicación, consulte la *Evidencia de cobertura (EOC)* o llame a la línea de Servicio a los afiliados. En el caso de que haya una discrepancia entre este resumen y la EOC, prevalecerá la información en la EOC.

# Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health

## Cobertura asequible y de alta calidad con un *valor excelente*.

Durante más de 10 años, Moda Health Plan, Inc. y Delta Dental Plan of Oregon han proporcionado a los afiliados de la OEBB como usted planes de salud integrados y completos con programas y servicios sólidos. Nuestros planes incluyen a proveedores cercanos que trabajan juntos para que usted y su familia estén bien.

Como afiliado de Moda, encontrará lo siguiente:

- Una amplia selección de proveedores de calidad en Oregon, Washington, Idaho y el norte de California.
- Beneficios sólidos que cubren la atención que usted necesite.
- Beneficios médicos, de farmacia, para la vista y dentales por un socio de salud.
- Atención coordinada basada en equipos y centrada en usted.
- Servicio de atención al cliente dedicado para ayudarle en cada paso del camino.

Como su socio de salud, ofrecemos todo esto y mucho más, y estamos muy contentos de ayudarle a comenzar el proceso para estar mejor.

### Mejores opciones de beneficios y mejor atención de salud

Solo tiene que tomar dos decisiones

- 1 Qué diseño de plan funciona mejor para su familia
- 2 Si usted y los miembros de su familia quieren coordinar su atención de salud para recibir mejores beneficios

### Nuestros planes

Cada uno de nuestros planes tiene diferentes deducibles y copagos, y viene con nuestra red más grande: Connexus. Connexus es una red estatal de proveedores y hospitales contratados. Quedarse en la red le ahorrará dinero.

También disfrutará de:

- Acceso a más de 80 hospitales y 30,000 proveedores en Oregon, Washington y Idaho.
- Beneficios dentro de la red y fuera de la red.

### Atención coordinada

Cada plan viene con una opción de atención de salud coordinada y una opción de atención de salud no coordinada, para usted y para cada uno de los miembros de su familia.

Si usted y/o los miembros de su familia eligen la atención de salud coordinada, usted elegirá y usará un "PCP 360", un proveedor de atención primaria que ha acordado ser responsable de su salud. Cada miembro de la familia con cobertura puede elegir si quiere la atención de salud coordinada y, en ese caso, su propio PCP 360. De cualquier forma, ninguno de ustedes necesitará de una remisión para ver a un especialista.

Elegir la atención de salud coordinada significa que usted recibirá **mejores beneficios** como:

- Un menor deducible
- Una cantidad máxima de pago de su bolsillo más baja
- Costos más bajos para las visitas al consultorio, visitas con especialistas y visitas a proveedores de medicina alternativa

Ya sea que elija la atención de salud coordinada o no, usted pagará la misma prima, compartirá la misma red de proveedores Connexus y nunca necesitará de remisiones.

También puede participar en la atención de salud coordinada en cualquier momento durante el año. Recibirá los beneficios mejorados de la atención de salud coordinada el primer mes en que haga esa elección con Moda.

# Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health

## Con Moda 360, el mundo de atención médica gira *en torno a usted*

La atención médica puede ser complicada. Es por eso que creamos Moda 360, su propio equipo mejorado de apoyo al afiliado.

### Funciona de la siguiente manera

Cada vez que llame al número de servicio de atención al cliente para afiliados de la OEGB de Moda Health, se comunicará con un asesor de salud de Moda 360. El asesor de salud no solo responderá todas las preguntas que usted pueda tener, sino que también lo orientará para que tenga acceso a la atención de salud, los recursos y los programas que mejor funcionen para usted.

El equipo dedicado de asesores de salud de Moda 360 lo ayudará a identificar, coordinar y acceder a los diversos recursos que se encuentran disponibles para usted:

- Apoyo personalizado para muchas afecciones crónicas.
- Coordinación con su PCP.
- Expansión de la telemedicina.

- Capacidad para chatear, enviar mensajes de texto, hablar por teléfono o tener videoconferencias.
- Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana en los 50 estados.
- Los proveedores pueden recetar medicamentos.
- Apoyo especializado para salud conductual, como depresión y ansiedad. Tendrá acceso a una aplicación digital que podrá usar para hacer lo siguiente:
  - Comunicarse con terapeutas y psiquiatras dedicados.
  - Hacer un seguimiento de su respuesta fisiológica al estrés.
- Enfoque personalizado al control de la diabetes mediante soluciones basadas en aplicaciones digitales. Dichas soluciones son específicas para los afiliados y apoyan el control de la diabetes para tener un mejor estado de salud general.

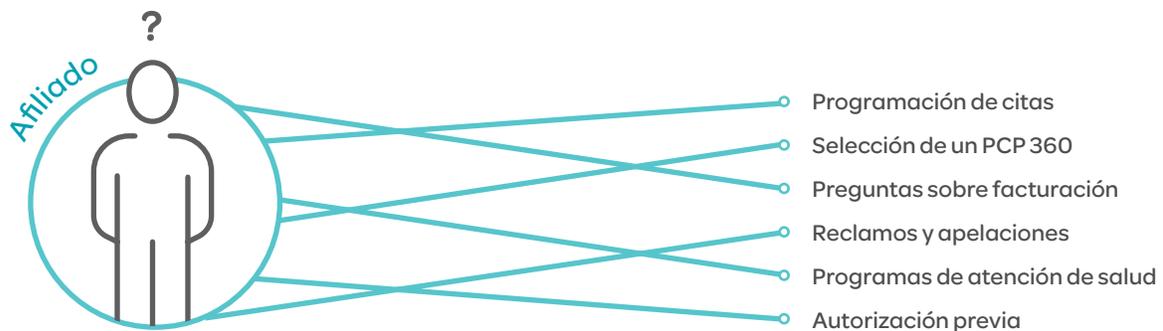


# Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health

## Presentación de su **asesor de salud** de Moda 360

El asesor de salud de Moda 360 lo ayudará a desenvolverse en el complejo sistema de atención médica.

Estado actual



Moda360



# Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health

## Una red que lo/la *proteja*.

La salud es impredecible, ya sea que esté en su hogar o de viaje. Queremos asegurarnos de que cuente con cobertura, independientemente de dónde vaya. Así que hemos hecho que sea más sencillo para usted encontrar cobertura dentro de la red.



### Todos los planes utilizan la red Connexus

Cada plan de seguro médico viene con nuestra red de proveedores Connexus. Dentro de la red Connexus, los afiliados tienen acceso a más de 30,000 proveedores, 80 hospitales y 64,000 farmacias en Oregon, Idaho, el sur de Washington y el norte de California. Estos proveedores ofrecen atención y servicios de calidad para los afiliados de Moda Health a un costo que ya ha sido acordado.

### Atención dentro y fuera de la red

Es importante recordar que es posible que deba pagar más por servicios de proveedores fuera de la red que por servicios de proveedores dentro de la red. Es posible que los proveedores fuera de la red también le envíen la factura por la diferencia entre la asignación máxima de su plan y los cargos cobrados. Esto se conoce como "facturación del saldo". Los proveedores dentro de la red no hacen esto. Consulte nuestros resúmenes de planes o su Manual de afiliado para obtener más información sobre los costos y beneficios dentro y fuera de la red.

### Cómo funciona la atención de salud coordinada para los afiliados que están fuera del área

Los dependientes (por ejemplo: estudiantes universitarios) que vivan parte del tiempo fuera del área de servicio de Connexus pueden, aun así, seleccionar a un PCP 360 para la atención de salud coordinada y para recibir mejores beneficios. Actualice la dirección fuera del área en el sistema

de myOEBB. De esa forma, pueden tener acceso a nuestra red de viaje para obtener los beneficios en red por los servicios que reciban cuando estén lejos de casa. Ellos recibirán los beneficios al nivel de "no mi PCP 360 seleccionado" si obtienen atención de salud primaria de parte de alguien que no sea su PCP designado fuera del área de la red de servicios de Connexus.

Los afiliados jubilados, los afiliados a COBRA y los dependientes que vivan fuera del área de la red de servicios de Connexus de tiempo completo, no son elegibles para los servicios mejorados de la atención de salud coordinada.

### ¿Está su proveedor en la red?

Averígüelo a través de [modahealth.com](http://modahealth.com) y use "Find care" (Encontrar atención), el directorio de proveedores en línea de Moda. Simplemente seleccione la opción Connexus Network y busque proveedores cercanos a su domicilio.

### Viaje con la mente en paz

Cuando salga de viaje, nunca tendrá atención lejos. Cuando esté de viaje fuera del área de servicio de la red, usted puede recibir atención a través de la red de viaje First Health, al monto que pagaría dentro de la red. Por favor, tenga en cuenta que viajar con la finalidad de buscar atención médica no califica para el beneficio de la red de viaje. Se pagará como fuera de la red.

Fuera de los Estados Unidos, puede acceder al servicio de cualquier proveedor para recibir atención de emergencia o atención de urgencia dentro de la red. Este tipo de atención está sujeta a la facturación del saldo.

# Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health

Tabla de beneficios de los planes médicos 2020-21	Plan Médico 1 Red Connexus <sup>5</sup>	
	Atención coordinada dentro de la red, usted paga	La atención de salud no coordinada dentro de la red, usted paga
<b>Costos del plan por año</b>		
Deducible por persona / familia	<b>\$400</b> / \$1,500	<b>\$500</b> / \$1,500
Monto máximo de gastos que debe pagar de su bolsillo el afiliado por persona	<b>\$2,850</b>	<b>\$3,250</b>
Monto máximo de gastos que debe pagar de su bolsillo el afiliado por familia	\$9,750	\$9,750
Monto máximo de costo compartido por persona (incluye el pago de gastos que debe pagar el afiliado de su bolsillo [OOP] y el nivel de costo adicional [ACT])	\$7,900	\$7,900
Monto máximo de costo compartido por familia (incluye el pago de gastos que debe pagar el afiliado de su bolsillo [OOP] y el nivel de costo adicional [ACT])	\$15,800	\$15,800
<b>Atención preventiva</b>		
Visitas al consultorio de atención de incentivo (para asma, afecciones cardíacas, colesterol, presión arterial alta, diabetes)	<b>\$15 de copago<sup>1,7</sup></b>	<b>20 %</b>
Exámenes de salud periódicos, exámenes de rutina para mujeres, evaluación anual de obesidad, inmunizaciones <sup>3</sup>	\$0 <sup>1</sup>	\$0 <sup>1</sup>
<b>Servicios profesionales</b>		
Visitas de atención primaria	<b>\$20 de copago<sup>1,3</sup></b>	<b>20 %</b>
Visitas de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado	\$40 de copago <sup>1</sup>	N/A
Visitas al consultorio del especialista	<b>\$40 de copago<sup>1</sup></b>	<b>20 %</b>
Visitas al consultorio de salud mental	\$20 de copago <sup>1</sup>	\$20 de copago <sup>1</sup>
Servicios para dependencia de sustancias químicas	\$20 de copago <sup>1</sup>	\$20 de copago <sup>1</sup>
Visitas virtuales (videoconferencias bidireccionales para servicios de atención primaria y de urgencia)	\$10 de copago <sup>1</sup>	\$10 de copago <sup>1</sup>
<b>Servicios de atención alternativa</b>		
Acupuntura/manipulación quiropráctica (sujeto a la cantidad máxima combinada de 12 visitas por año del plan) <sup>6</sup>	<b>\$20 de copago<sup>1</sup></b>	<b>20 %</b>
Atención de naturopatía <sup>6</sup>	<b>\$20 de copago<sup>1</sup></b>	<b>20 %</b>
<b>Atención médica para mujeres embarazadas</b>		
Servicios de médicos o enfermeras obstétricas/parteras y estadías hospitalarias	20 %	20 %
<b>Servicios para pacientes ambulatorios y servicios hospitalarios</b>		
Atención para pacientes hospitalizados y para pacientes ambulatorios en un hospital/centro	20 %	20 %
Atención en un centro de enfermería especializada (60 días por año del plan)	20 %	20 %
Cirugía	20 %	20 %
ACT 100: estudios del sueño, exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET]), endoscopia superior, inyecciones en la columna, viscosuplementación, amigdalectomías para afiliados menores de 18 años de edad con apnea del sueño o amigdalitis crónica		\$100 de copago + 20 %
ACT 500: cirugía de columna, de reemplazo de rodilla y cadera, artroscopia de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	\$500 de copago + 20 %	\$500 de copago + 20 %
Bypass gástrico (en Y de Roux) <sup>4</sup>	\$500 de copago + 20 %	\$500 de copago + 20 %
<b>Atención de emergencia</b>		
Visita de atención de urgencia	<b>\$40 de copago<sup>1</sup></b>	<b>20 %</b>
Sala de emergencias (el copago se anula en caso de hospitalización)	\$100 de copago + 20 %	\$100 de copago + 20 %
Ambulancia	20 %	20 %
<b>Otros servicios cubiertos</b>		
Aparatos auditivos e implantes de aparatos auditivos en el hueso: \$4,000 máx./48 meses para los afiliados de 26 años y mayores	10 %	10 %
Terapia física, ocupacional y del habla (incluidas las terapias físicas realizadas conjuntamente con atención alternativa). Limitaciones para pacientes hospitalizados: 30 días por año del plan/60 días para lesiones en la columna o la cabeza. Limitaciones para pacientes ambulatorios: 30 sesiones por año del plan/hasta 60 sesiones para lesiones en la columna o la cabeza.	20 %	20 %
Análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico para pacientes ambulatorios	20 %	20 %
Equipo médico duradero	20 %	20 %

# Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health

Fuera de la red usted paga <sup>2</sup>	Plan Médico 2 Red Connexus <sup>5</sup>		
	Atención coordinada	La atención de salud no coordinada	Fuera de la red, usted paga <sup>2</sup>
	dentro de la red, usted paga	dentro de la red, usted paga	
\$800 / \$2,400	<b>\$800</b> / \$2,700	<b>\$900</b> / \$2,700	\$1,600 / \$4,800
\$6,000	<b>\$3,850</b>	<b>\$4,250</b>	\$8,000
\$18,000	\$12,750	\$12,750	\$24,000
N/A	\$7,900	\$7,900	N/A
N/A	\$15,800	\$15,800	N/A
N/A	<b>\$15 de copago<sup>1,7</sup></b>	<b>20 %</b>	N/A
50 %	\$0 <sup>1</sup>	\$0 <sup>1</sup>	50 %
50 %	<b>\$20 de copago<sup>1,3</sup></b>	<b>20 %</b>	50 %
50 %	\$40 de copago <sup>1</sup>	N/A	50 %
50 %	<b>\$40 de copago<sup>1</sup></b>	<b>20 %</b>	50 %
50 %	\$20 de copago <sup>1</sup>	\$20 de copago <sup>1</sup>	50 %
50 %	\$20 de copago <sup>1</sup>	\$20 de copago <sup>1</sup>	50 %
50 %	\$10 de copago <sup>1</sup>	\$10 de copago <sup>1</sup>	50 %
50 %	<b>\$20 de copago<sup>1</sup></b>	<b>20 %</b>	50 %
50 %	<b>\$20 de copago<sup>1</sup></b>	<b>20 %</b>	50 %
50 %	20 %	20 %	50 %
50 %	20 %	20 %	50 %
50 %	20 %	20 %	50 %
50 %	20 %	20 %	50 %
\$100 de copago + 50 %	\$100 de copago + 20 %	\$100 de copago + 20 %	\$100 de copago + 50 %
\$500 de copago + 50 %	\$500 de copago + 20 %	\$500 de copago + 20 %	\$500 de copago + 50 %
Sin cobertura	\$500 de copago + 20 %	\$500 de copago + 20 %	Sin cobertura
20 %	<b>\$40 de copago<sup>1</sup></b>	<b>20 %</b>	20 %
\$100 de copago + 20 %	\$100 de copago + 20 %	\$100 de copago + 20 %	\$100 de copago + 20 %
20 %	20 %	20 %	20 %
50 %	10 %	10 %	50 %
50 %	20 %	20 %	50 %
			50 %
50 %	20 %	20 %	50 %

**resultados** = beneficios mejorados

- 1 No se aplica el deducible. Todos los montos reflejan la responsabilidad del afiliado.
- 2 Coseguro fuera de la red basado en la asignación máxima del plan (MPA) para estos servicios.
- 3 Para recibir el beneficio de copago, los afiliados deben ver a su PCP 360 seleccionado.
- 4 Este beneficio se encuentra disponible para el afiliado y su cónyuge/pareja, y dependientes de 18 años de edad y mayores. Los afiliados deben usar un centro de salud de excelencia aprobado por Moda. El beneficio está sujeto a un precio de referencia de \$20,000 para el cargo por establecimiento. Los beneficios de viaje se encuentran disponibles para servicios que están sujetos a un precio de referencia. Consulte su manual para obtener más detalles.
- 5 Si está afiliado a un plan de seguro médico de Moda, cada persona con cobertura debe elegir y usar un PCP 360 con Moda para que esa persona reciba los beneficios mejorados "coordinados" que aparecen en la columna izquierda bajo ese plan, cuando use un proveedor de la red Connexus. Si un individuo no ha seleccionado un PCP 360 con Moda, recibirá los beneficios "no coordinados" que aparecen en la columna de la derecha bajo el plan. Si un individuo ha seleccionado un proveedor de la red Connexus se pagará al nivel "no coordinado" (columna de la extrema derecha bajo el plan) sin importar si el individuo ha seleccionado un PCP 360 con Moda o no.
- 6 Todos los demás servicios (por ejemplo: análisis de laboratorio, pruebas de diagnóstico, diagnóstico por imágenes [resonancia magnética, tomografía computarizada o por emisión de positrones], visitas al consultorio, etc.) estarán sujetos al nivel de beneficio listado para cada servicio otorgado.
- 7 Los afiliados deben ver a su PCP 360 elegido o a los especialistas dentro de la red para recibir el beneficio de copago.

Los copagos médicos (excluidos ACT), el coseguro y los deducibles aplican al monto máximo de los gastos que debe pagar el afiliado de su bolsillo para gastos médicos.

El monto de bolsillo para gastos médicos, los copagos de ACT, los copagos y el coseguro de medicamentos recetados se aplican al monto máximo de costo compartido.

Para conocer las limitaciones y exclusiones, visite [modahealth.com/oebb/members](http://modahealth.com/oebb/members) y consulte su Manual del afiliado.

## Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health

Tabla de beneficios de los planes médicos 2020-21	Plan Médico 3 Red Connexus <sup>5</sup>	
	Atención coordinada dentro de la red, usted paga	La atención de salud no coordinada dentro de la red, usted paga
<b>Costos del plan por año</b>		
Deducible por persona / familia	<b>\$1,200 / \$3,900</b>	<b>\$1,300 / \$3,900</b>
Monto máximo de gastos que debe pagar de su bolsillo el afiliado por persona	<b>\$4,850</b>	<b>\$5,250</b>
Monto máximo de gastos que debe pagar de su bolsillo el afiliado por familia	\$15,750	\$15,750
Monto máximo de costo compartido por persona (incluye el pago de gastos que debe pagar el afiliado de su bolsillo [OOP] y el nivel de costo adicional [ACT])	\$7,900	\$7,900
Monto máximo de costo compartido por familia (incluye el pago de gastos que debe pagar el afiliado de su bolsillo [OOP] y el nivel de costo adicional [ACT])	\$15,800	\$15,800
<b>Atención preventiva</b>		
Visitas al consultorio de atención de incentivo (para asma, afecciones cardíacas, colesterol, presión arterial alta, diabetes)	<b>\$20 de copago<sup>1,7</sup></b>	<b>25 %</b>
Exámenes de salud periódicos, exámenes de rutina para mujeres, evaluación anual de obesidad, inmunizaciones <sup>3</sup>	\$0 <sup>1</sup>	\$0 <sup>1</sup>
<b>Servicios profesionales</b>		
Visitas de atención primaria	<b>\$25 de copago<sup>1,3</sup></b>	<b>25 %</b>
Visitas de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado	\$50 de copago <sup>1</sup>	N/A
Visitas al consultorio del especialista	<b>\$50 de copago<sup>1</sup></b>	<b>25 %</b>
Visitas al consultorio de salud mental	\$25 de copago <sup>1</sup>	\$25 de copago <sup>1</sup>
Servicios para dependencia de sustancias químicas	\$25 de copago <sup>1</sup>	\$25 de copago <sup>1</sup>
Visitas virtuales (videoconferencias bidireccionales para servicios de atención primaria y de urgencia)	\$10 de copago <sup>1</sup>	\$10 de copago <sup>1</sup>
<b>Servicios de atención alternativa</b>		
Acupuntura/manipulación quiropráctica (sujeto a la cantidad máxima combinada de 12 visitas por año del plan) <sup>6</sup>	<b>\$25 de copago<sup>1</sup></b>	<b>25 %</b>
Atención de naturopatía <sup>6</sup>	<b>\$25 de copago<sup>1</sup></b>	<b>25 %</b>
<b>Atención médica para mujeres embarazadas</b>		
Servicios de médicos o enfermeras obstétricas/parteras y estadías hospitalarias	25 %	25 %
<b>Servicios para pacientes ambulatorios y servicios hospitalarios</b>		
Atención para pacientes hospitalizados y para pacientes ambulatorios en un hospital/centro	25 %	25 %
Atención en un centro de enfermería especializada (60 días por año del plan)	25 %	25 %
Cirugía	25 %	25 %
ACT 100: estudios del sueño, exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET]), endoscopia superior, inyecciones en la columna, viscosuplementación, amigdalectomías para afiliados menores de 18 años de edad con apnea del sueño o amigdalitis crónica	\$100 de copago + 25 %	\$100 de copago + 25 %
ACT 500: cirugía de columna, de reemplazo de rodilla y cadera, artroscopía de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	\$500 de copago + 25 %	\$500 de copago + 25 %
Bypass gástrico (en Y de Roux) <sup>4</sup>	\$500 de copago + 25 %	\$500 de copago + 25 %
<b>Atención de emergencia</b>		
Visita de atención de urgencia	<b>\$50 de copago<sup>1</sup></b>	<b>25 %</b>
Sala de emergencias (el copago se anula en caso de hospitalización)	\$100 de copago + 25 %	\$100 de copago + 25 %
Ambulancia	25 %	25 %
<b>Otros servicios cubiertos</b>		
Aparatos auditivos e implantes de aparatos auditivos en el hueso: \$4,000 máx./48 meses para los afiliados de 26 años y mayores	10 %	10 %
Terapia física, ocupacional y del habla (incluidas las terapias físicas realizadas conjuntamente con atención alternativa). <i>Limitaciones para pacientes hospitalizados: 30 días por año del plan/60 días para lesiones en la columna o la cabeza. Limitaciones para pacientes ambulatorios: 30 sesiones por año del plan/hasta 60 sesiones para lesiones en la columna o la cabeza.</i>	25 %	25 %
Análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico para pacientes ambulatorios	25 %	25 %
Equipo médico duradero	25 %	25 %

# Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health

Fuera de la red usted paga <sup>2</sup>	Plan Médico 4 Red Connexus <sup>5</sup>		
	Atención coordinada	La atención de salud no coordinada	Fuera de la red, usted paga <sup>2</sup>
	dentro de la red, usted paga	dentro de la red, usted paga	
\$2,400 / \$7,200	<b>\$1,600</b> / \$5,100	<b>\$1,700</b> / \$5,100	\$3,200 / \$9,600
\$10,000	<b>\$6,700</b>	<b>\$7,100</b>	\$13,700
\$27,400	\$15,800	\$15,800	\$27,400
N/A	\$7,900	\$7,900	N/A
N/A	\$15,800	\$15,800	N/A
N/A	<b>\$20 de copago<sup>1</sup></b>	<b>25 %</b>	N/A
50 %	\$0 <sup>1</sup>	\$0 <sup>1</sup>	50 %
50 %	<b>\$25 de copago<sup>1,3</sup></b>	<b>25 %</b>	50 %
50 %	\$50 de copago <sup>1</sup>	N/A	50 %
50 %	<b>\$50 de copago<sup>1</sup></b>	<b>25 %</b>	50 %
50 %	\$25 de copago <sup>1</sup>	\$25 de copago <sup>1</sup>	50 %
50 %	\$25 de copago <sup>1</sup>	\$25 de copago <sup>1</sup>	50 %
50 %	\$10 de copago <sup>1</sup>	\$10 de copago <sup>1</sup>	50 %
50 %	<b>\$25 de copago<sup>1</sup></b>	<b>25 %</b>	50 %
50 %	<b>\$25 de copago<sup>1</sup></b>	<b>25 %</b>	50 %
50 %	25 %	25 %	50 %
50 %	25 %	25 %	50 %
50 %	25 %	25 %	50 %
50 %	25 %	25 %	50 %
\$100 de copago + 50 %	\$100 de copago + 25 %	\$100 de copago + 25 %	\$100 de copago + 50 %
\$500 de copago + 50 %	\$500 de copago + 25 %	\$500 de copago + 25 %	\$500 de copago + 50 %
Sin cobertura	\$500 de copago + 25 %	\$500 de copago + 25 %	Sin cobertura
25 %	<b>\$50 de copago<sup>1</sup></b>	<b>25 %</b>	25 %
\$100 de copago + 25 %	\$100 de copago + 25 %	\$100 de copago + 25 %	\$100 de copago + 25 %
25 %	25 %	25 %	25 %
50 %	10 %	10 %	50 %
50 %	25 %	25 %	50 %
50 %	25 %	25 %	50 %
50 %	25 %	25 %	50 %

**resultados** = beneficios mejorados

- No se aplica el deducible. Todos los montos reflejan la responsabilidad del afiliado.
- Coseguro fuera de la red basado en la asignación máxima del plan (MPA) para estos servicios.
- Para recibir el beneficio de copago, los afiliados deben ver a su PCP 360 seleccionado.
- Este beneficio se encuentra disponible para el afiliado y su cónyuge/pareja, y dependientes de 18 años de edad y mayores. Los afiliados deben usar un centro de salud de excelencia aprobado por Moda. El beneficio está sujeto a un precio de referencia de \$20,000 para el cargo por establecimiento. Los beneficios de viaje se encuentran disponibles para servicios que están sujetos a un precio de referencia. Consulte su manual para obtener más detalles.
- Si está afiliado a un plan de seguro médico de Moda, cada persona con cobertura debe elegir y usar un PCP 360 con Moda para que esa persona reciba los beneficios mejorados "coordinados" que aparecen en la columna izquierda bajo ese plan, cuando use un proveedor de la red Connexus. Si un individuo no ha seleccionado un PCP 360 con Moda, recibirá los beneficios "no coordinados" que aparecen en la columna del centro si usa un proveedor de la red Connexus. Cualquier servicio por parte de un proveedor de la red Connexus se pagará al nivel "no coordinado" (columna de la extrema derecha bajo el plan) sin importar si el individuo ha seleccionado un PCP 360 con Moda o no.
- Todos los demás servicios (por ejemplo: análisis de laboratorio, pruebas de diagnóstico, diagnóstico por imágenes [resonancia magnética, tomografía computarizada o por emisión de positrones], visitas al consultorio, etc.) estarán sujetos al nivel de beneficio listado para cada servicio otorgado.
- Los afiliados deben ver a su PCP 360 elegido o a los especialistas dentro de la red para recibir el beneficio de copago.

Los copagos médicos (excluidos ACT), el coseguro y los deducibles aplican al monto máximo de los gastos que debe pagar el afiliado de su bolsillo para gastos médicos.

El monto de bolsillo para gastos médicos, los copagos de ACT, los copagos y el coseguro de medicamentos recetados se aplican al monto máximo de costo compartido.

Para conocer las limitaciones y exclusiones, visite [modahealth.com/oebb/members](http://modahealth.com/oebb/members) y consulte su Manual del afiliado.

## Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health

Tabla de beneficios de los planes médicos 2020-21	Plan Médico 5 Red Connexus <sup>5</sup>	
	Atención coordinada dentro de la red, usted paga	La atención de salud no coordinada dentro de la red, usted paga
<b>Costos del plan por año</b>		
Deducible por persona / familia	<b>\$2,000</b> / \$6,300	<b>\$2,100</b> / \$6,300
Monto máximo de gastos que debe pagar de su bolsillo el afiliado por persona	<b>\$6,800</b>	<b>\$7,200</b>
Monto máximo de gastos que debe pagar de su bolsillo el afiliado por familia	\$15,800	\$15,800
Monto máximo de costo compartido por persona (incluye el pago de gastos que debe pagar el afiliado de su bolsillo [OOP] y el nivel de costo adicional [ACT])	\$7,900	\$7,900
Monto máximo de costo compartido por familia (incluye el pago de gastos que debe pagar el afiliado de su bolsillo [OOP] y el nivel de costo adicional [ACT])	\$15,800	\$15,800
<b>Atención preventiva</b>		
Visitas al consultorio de atención de incentivo (para asma, afecciones cardíacas, colesterol, presión arterial alta, diabetes)	<b>\$25 de copago<sup>1,7</sup></b>	<b>25 %</b>
Exámenes de salud periódicos, exámenes de rutina para mujeres, evaluación anual de obesidad, inmunizaciones <sup>3</sup>	\$0 <sup>1</sup>	\$0 <sup>1</sup>
<b>Servicios profesionales</b>		
Visitas de atención primaria	<b>\$30 de copago<sup>1,3</sup></b>	<b>25 %</b>
Visitas de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado	\$50 de copago <sup>1</sup>	N/A
Visitas al consultorio del especialista	<b>\$50 de copago<sup>1</sup></b>	<b>25 %</b>
Visitas al consultorio de salud mental	\$30 de copago <sup>1</sup>	\$30 de copago <sup>1</sup>
Servicios para dependencia de sustancias químicas	\$30 de copago <sup>1</sup>	\$30 de copago <sup>1</sup>
Visitas virtuales (videoconferencias bidireccionales para servicios de atención primaria y de urgencia)	\$10 de copago <sup>1</sup>	\$10 de copago <sup>1</sup>
<b>Servicios de atención alternativa</b>		
Acupuntura/manipulación quiropráctica (sujeto a la cantidad máxima combinada de 12 visitas por año del plan) <sup>6</sup>	<b>\$30 de copago<sup>1</sup></b>	<b>25 %</b>
Atención de naturopatía <sup>6</sup>	<b>\$30 de copago<sup>1</sup></b>	<b>25 %</b>
<b>Atención médica para mujeres embarazadas</b>		
Servicios de médicos o enfermeras obstétricas/parteras y estadías hospitalarias	25 %	25 %
<b>Servicios para pacientes ambulatorios y servicios hospitalarios</b>		
Atención para pacientes hospitalizados y para pacientes ambulatorios en un hospital/centro	25 %	25 %
Atención en un centro de enfermería especializada (60 días por año del plan)	25 %	25 %
Cirugía	25 %	25 %
ACT 100: estudios del sueño, exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET]), endoscopia superior, inyecciones en la columna, viscosuplementación, amigdalectomías para afiliados menores de 18 años de edad con apnea del sueño o amigdalitis crónica	\$100 de copago + 25 %	\$100 de copago + 25 %
ACT 500: cirugía de columna, de reemplazo de rodilla y cadera, artroscopia de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	\$500 de copago + 25 %	\$500 de copago + 25 %
Bypass gástrico (en Y de Roux) <sup>4</sup>	\$500 de copago + 25 %	\$500 de copago + 25 %
<b>Atención de emergencia</b>		
Visita de atención de urgencia	<b>\$50 de copago<sup>1</sup></b>	<b>25 %</b>
Sala de emergencias (el copago se anula en caso de hospitalización)	\$100 de copago + 25 %	\$100 de copago + 25 %
Ambulancia	25 %	25 %
<b>Otros servicios cubiertos</b>		
Aparatos auditivos e implantes de aparatos auditivos en el hueso: \$4,000 máx./48 meses para los afiliados de 26 años y mayores	10 %	10 %
Terapia física, ocupacional y del habla (incluidas las terapias físicas realizadas conjuntamente con atención alternativa). Limitaciones para pacientes hospitalizados: 30 días por año del plan/60 días para lesiones en la columna o la cabeza. Limitaciones para pacientes ambulatorios: 30 sesiones por año del plan/hasta 60 sesiones para lesiones en la columna o la cabeza.	25 %	25 %
Análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico para pacientes ambulatorios	25 %	25 %
Equipo médico duradero	25 %	25 %

# Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health

Fuera de la red usted paga <sup>2</sup>
\$4,000 / \$12,600
\$13,700
\$27,400
N/A
N/A
N/A
50 %
50 %
50 %
50 %
50 %
50 %
50 %
50 %
50 %
50 %
50 %
\$100 de copago + 50 %
\$500 de copago + 50 %
Sin cobertura
25 %
\$100 de copago + 25 %
25 %
50 %
50 %
50 %
50 %

**resaltados** = beneficios mejorados

- 1 No se aplica el deducible. Todos los montos reflejan la responsabilidad del afiliado.
- 2 Coseguro fuera de la red basado en la asignación máxima del plan (MPA) para estos servicios.
- 3 Para acrecibir el beneficio de copago, los afiliados deben ver a su PCP 360 seleccionado.
- 4 Este beneficio se encuentra disponible para el afiliado y su cónyuge/pareja, y dependientes de 18 años de edad y mayores. Los afiliados deben usar un centro de salud de excelencia aprobado por Moda. El beneficio está sujeto a un precio de referencia de \$20,000 para el cargo por establecimiento. Los beneficios de viaje se encuentran disponibles para servicios que están sujetos a un precio de referencia. Consulte su manual para obtener más detalles.
- 5 Si está afiliado a un plan de seguro médico de Moda, cada persona con cobertura debe elegir y usar un PCP 360 con Moda para que esa persona reciba los beneficios mejorados "coordinados" que aparecen en la columna izquierda bajo ese plan, cuando use un proveedor de la red Connexus. Si un individuo no ha seleccionado un PCP 360 con Moda, recibirá los beneficios "no coordinados" que aparecen en la columna del centro si usa un proveedor de la red Connexus. Cualquier servicio por parte de un proveedor de la red Connexus se pagará al nivel "no coordinado" (columna de la extrema derecha bajo el plan) sin importar si el individuo ha seleccionado un PCP 360 con Moda o no.
- 6 Todos los demás servicios (por ejemplo: análisis de laboratorio, pruebas de diagnóstico, diagnóstico por imágenes [resonancia magnética, tomografía computarizada o por emisión de positrones], visitas al consultorio, etc.) estarán sujetos al nivel de beneficio listado para cada servicio otorgado.
- 7 Los afiliados deben ver a su PCP 360 elegido o a los especialistas dentro de la red para recibir el beneficio de copago.

Los copagos médicos (excluidos ACT), el coseguro y los deducibles aplican al monto máximo de los gastos que debe pagar el afiliado de su bolsillo para gastos médicos.

El monto de bolsillo para gastos médicos, los copagos de ACT, los copagos y el coseguro de medicamentos recetados se aplican al monto máximo de costo compartido.

Para conocer las limitaciones y exclusiones, visite [modahealth.com/oebb/members](http://modahealth.com/oebb/members) y consulte su Manual del afiliado.



## Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health



### Cómo elegir un **PCP 360**

Los afiliados pueden elegir a su PCP 360 de una de dos maneras: Pueden iniciar sesión en su cuenta de myModa o comunicarse con el servicio de atención al cliente de Moda.



Comuníquese con el servicio de atención al cliente de Moda  
**866-923-0409**



Inicie sesión en myModa  
**[modahealth.com/oebb](https://modahealth.com/oebb)**

Usted y cada uno de sus familiares con cobertura pueden elegir al mismo PCP 360 o a un proveedor diferente –eso depende de ustedes.

Además, puede encontrar un directorio de los PCP 360 dentro de la red en myModa, en “Find Care” (Encontrar atención) o comunicándose con el servicio de atención al cliente de Moda para obtener ayuda.

Los proveedores PCP 360 que aparecen en “Find Care” (Encontrar atención) estarán identificados con el siguiente ícono: 

Los nuevos afiliados tendrán que esperar hasta que Moda reciba su elegibilidad para elegir y usar un PCP 360.

## Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health

# Sea un mejor ahorrador con una cuenta **HSA**

Nuestros planes de salud con deducible alto (“high-deductible health plans”, HDHP) compatibles con nuestra cuenta de ahorros para la salud (“health savings account”, HSA) le brindan flexibilidad y opciones. Usted tiene la libertad de elegir la institución financiera para su HSA.

### Planes 6 y 7 con la opción HSA.

Puede utilizar el dinero libre de impuestos de su HSA para pagar los deducibles, el coseguro y otros gastos médicos calificados, que no estén cubiertos en su plan. Los afiliados a una HSA disfrutan de una serie de ventajas tributarias, que incluyen las siguientes:

- Contribuciones hechas sobre una base con ventajas tributarias
- Fondos no utilizados acumulados año tras año, que se incrementan como impuesto diferido
- Retiro de fondos libres de impuestos para pagar por los gastos médicos calificados

### Elegibilidad

Para ser elegible para participar en un plan de HSA, debe cumplir con lo siguiente:

- Estar cubierto por un plan de salud calificado con deducible alto
- No estar cubierto por otro plan médico no compatible con una HSA (incluido el plan de su cónyuge)
- No estar inscrito en Medicare
- No ser declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona

### Medicamentos recetados

Su beneficio de farmacia está cubierto por la parte médica de los planes 6 y 7. Los planes incluyen medicamentos por nivel de precios que eximen su deducible anual. Para aprovechar este beneficio, simplemente presente su tarjeta de ID en una farmacia participante.



## Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health

Tabla de beneficios del plan de seguro médico HDHP 2020-21	Plan Médico 6 Red Connexus, con HSA opcional <sup>9</sup>		
	Atención coordinada	La atención de salud no coordinada	Fuera de la red usted paga <sup>2</sup>
	dentro de la red, usted paga	dentro de la red, usted paga	
<b>Costos del plan por año</b>			
Deducible del plan para el suscripto solamente <sup>3</sup>	<b>\$1,600</b>	<b>\$1,700</b>	\$3,200
Deducible del plan familiar <sup>4</sup>	\$3,400	\$3,400	\$6,400
Máxima cantidad de su bolsillo por individuo	<b>\$6,400</b>	<b>\$6,750</b>	\$13,100
Monto máximo de bolsillo del plan familiar <sup>4</sup>	\$13,500	\$13,500	\$26,200
<b>Atención preventiva</b>			
Visitas al consultorio de atención de incentivo (para asma, afecciones cardíacas, colesterol, presión arterial alta, diabetes)	<b>15 %<sup>11</sup></b>	<b>20 %</b>	N/A
Exámenes de salud periódicos, exámenes de rutina para mujeres, evaluación anual de obesidad, inmunizaciones	\$0 <sup>1</sup>	\$0 <sup>1</sup>	50 %
<b>Servicios profesionales</b>			
Visitas de atención primaria	<b>15 %</b>	<b>20 %</b>	50 %
Visitas de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado	<b>15 %</b>	N/A	50 %
Visitas al consultorio del especialista	<b>15 %</b>	<b>20 %</b>	50 %
Visitas al consultorio de salud mental	<b>15 %</b>	<b>20 %</b>	50 %
Servicios para dependencia de sustancias químicas	<b>15 %</b>	<b>20 %</b>	50 %
Visitas virtuales (videoconferencias bidireccionales para servicios de atención primaria y de urgencia)	\$10 de copago	\$10 de copago	50 %
<b>Servicios de atención alternativa</b>			
Acupuntura/manipulación quiropráctica (sujeto a la cantidad máxima combinada de 12 visitas por año del plan) <sup>8</sup>	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	50 %
Atención de naturopatía <sup>8</sup>	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	50 %
<b>Atención médica para mujeres embarazadas</b>			
Servicios de médicos o enfermeras obstétricas/parteras y estadías hospitalarias	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	50 %
<b>Servicios para pacientes ambulatorios y servicios hospitalarios</b>			
Atención para pacientes hospitalizados y para pacientes ambulatorios en un hospital/centro	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	50 %
Atención en un centro de enfermería especializada (60 días por año del plan)	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	50 %
Cirugía	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	50 %
estudios del sueño, exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET]), endoscopia superior, inyecciones en la columna, viscosuplementación, amigdalectomías para afiliados menores de 18 años de edad con apnea del sueño o amigdalitis crónica	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	50 %
Cirugía de columna, de reemplazo de rodilla y cadera, <sup>5</sup> artroscopia de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	50 %
Bypass gástrico (en Y de Roux) <sup>6</sup>	<b>\$500 de copago + 20 %</b>	<b>\$500 de copago + 25 %</b>	Sin cobertura
<b>Atención de emergencia</b>			
Visita de atención de urgencia	<b>15 %</b>	<b>20 %</b>	20 %
Sala de emergencias	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	Consulte el Manual del plan
Ambulancia	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	Consulte el Manual del plan
<b>Otros servicios cubiertos</b>			
Aparatos auditivos e implantes de aparatos auditivos en el hueso: \$4,000 máx./48 meses para los afiliados de 26 años y mayores	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	50 %
Terapia física, ocupacional y del habla (incluidas las terapias físicas realizadas conjuntamente con atención alternativa). <i>Limitaciones para pacientes hospitalizados: 30 días por año del plan/60 días para lesiones en la columna o la cabeza. Limitaciones para pacientes ambulatorios: 30 sesiones por año del plan/hasta 60 sesiones para lesiones en la columna o la cabeza.</i>	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	50 %
Análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico para pacientes ambulatorios	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	50 %
Equipo médico duradero	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	50 %
Cobertura médica principal para medicamentos recetados <sup>7</sup>	<b>20 %</b>	<b>25 %</b>	25 %
Nivel de valor	\$4 por suministro de 31 días <sup>1</sup>	\$4 por suministro de 31 días <sup>1</sup>	\$4 por suministro de 31 días <sup>1</sup>

# Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Moda Health

Plan Médico 7 Red Connexus, con HSA opcional<sup>9</sup>

Atención coordinada	La atención de salud no coordinada	Fuera de la red usted paga <sup>2</sup>
dentro de la red, usted paga	dentro de la red, usted paga	
\$2,000	\$2,100	\$4,000
\$4,200	\$4,200	\$8,000
\$6,500	\$6,750	\$13,300
\$13,500	\$13,500	\$26,600
20 % <sup>7</sup>	25 %	N/A
\$0 <sup>1</sup>	\$0 <sup>1</sup>	50 %
20 %	25 %	50 %
20 %	N/A	50 %
20 %	25 %	50 %
20 %	25 %	50 %
20 %	25 %	50 %
\$10 de copago	\$10 de copago	50 %
20 %	25 %	50 %
20 %	25 %	50 %
20 %	25 %	50 %
20 %	25 %	50 %
20 %	25 %	50 %
20 %	25 %	50 %
20 %	25 %	50 %
20 %	25 %	50 %
\$500 de copago + 20 %	\$500 de copago + 25 %	Sin cobertura
20 %	25 %	25 %
20 %	25 %	Consulte el Manual del plan
20 %	25 %	Consulte el Manual del plan
20 %	25 %	50 %
20 %	25 %	50 %
20 %	25 %	50 %
20 %	25 %	25 %
\$4 por suministro de 31 días <sup>1</sup>	\$4 por suministro de 31 días <sup>1</sup>	\$4 por suministro de 31 días <sup>1</sup>

**resultados** = beneficios mejorados

- No se aplica deducible. Todos los montos reflejan la responsabilidad del afiliado.
- Coseguro fuera de la red basado en la asignación máxima del plan (MPA) para estos servicios.
- El deducible individual se aplica únicamente si el empleado se está inscribiendo en el plan sin ningún otro miembro de su familia.
- Uno o más miembros de la familia pueden cubrir el deducible familiar y el monto máximo de bolsillo. Se debe alcanzar este deducible antes de poder recibir el pago de beneficios. El deducible y los copagos se aplican hacia el monto máximo de los gastos que debe pagar el afiliado de su bolsillo por año del plan.
- El beneficio está sujeto a un precio de referencia de \$25,000 en Connexus y se aplica al cargo por establecimiento. Los beneficios de viaje se encuentran disponibles para servicios que están sujetos a un precio de referencia. Consulte su manual para obtener más detalles.
- Este beneficio se encuentra disponible para el afiliado y su cónyuge/pareja y dependientes de 18 años de edad y mayores. Los afiliados deben usar un centro de salud de excelencia aprobado por Moda. El beneficio está sujeto a un precio de referencia de \$20,000 para el cargo por establecimiento.
- Se debe aprobar una excepción de la lista de medicamentos aprobados para los medicamentos genéricos de costo elevado y para los medicamentos recetados de marca no preferida.
- Todos los demás servicios (por ejemplo: análisis de laboratorio, pruebas de diagnóstico, diagnóstico por imágenes [resonancia magnética, tomografía computarizada o por emisión de positrones], visitas al consultorio, etc.) estarán sujetos al nivel de beneficio listado para cada servicio otorgado.
- Si está afiliado a un plan de seguro médico de Moda, cada persona con cobertura debe elegir y usar un PCP 360 con Moda para que esa persona reciba los beneficios mejorados "coordinados" que aparecen en la columna izquierda bajo ese plan, cuando use un proveedor de la red Connexus. Si un individuo no ha seleccionado un PCP 360 con Moda, recibirá los beneficios "no coordinados" que aparecen en la columna del centro si usa un proveedor de la red Connexus. Cualquier servicio por parte de un proveedor de la red Connexus se pagará al nivel "no coordinado" (columna de la extrema derecha bajo el plan) sin importar si el individuo ha seleccionado un PCP 360 con Moda o no.
- Para recibir el beneficio de coseguro, los afiliados deben ver a su PCP 360 elegido.
- Los afiliados deben ver a su PCP 360 elegido o a los especialistas dentro de la red para recibir el beneficio de coseguro.

Para conocer las limitaciones y exclusiones, visite [modahealth.com/oebb/members](http://modahealth.com/oebb/members) y consulte su Manual del afiliado.

servicios médicos/  
medicamentos recetados

# Beneficios de farmacia: Moda Health

## Esperare *calidad* en beneficios de farmacia

La cobertura para medicamentos recetados de calidad se encuentra justo en el corazón de un gran plan. Estamos aquí para apoyar sus necesidades farmacéuticas en cada paso del camino.

### Acceda a los medicamentos como lo desee

Como el administrador del Programa de Medicamentos Recetados de Oregon (“Oregon Prescription Drug Program”, OPDP), nos sentimos orgullosos de administrar de manera activa sus beneficios de farmacia. Proporcionamos una cobertura integral de calidad que refleja los estándares más actuales de la industria.

Mediante el programa de medicamentos recetados, puede obtener acceso a una lista de medicamentos aprobados (una lista de medicamentos recetados) de excelentes prestaciones con opciones según los niveles de medicamentos de valor, genérico selecto y preferido. Cada nivel tiene un monto de copago o coseguro establecido por el plan.

### Ahorros del plan en farmacias

Hay algunas maneras de ahorrar en los costos de los medicamentos recetados. Use el beneficio de pedido por correo para un suministro de 90 días mediante Servicios de Recetas Postal (“Postal Prescription Services”, PPS). Puede recibir ahorros considerables al usar el beneficio de pedido por correo.

Puede surtir un medicamento recetado para un suministro de 90 días para medicamentos de valor, genéricos selectos y preferidos en cualquier farmacia Choice 90. Para encontrar farmacias participantes Choice 90, debe seleccionar “Choice 90” al buscar las farmacias participantes en myModa.

Es posible que tenga más opciones de ahorro mediante nuestros socios de farmacia preferidos. Inicie sesión en myModa y elija “Find Care” (Encontrar atención) para usar el Localizador de farmacias y comenzar.

### Medicamentos del nivel de valor

Los medicamentos de valor incluyen los productos recetados con frecuencia que se usan para el tratamiento de afecciones médicas crónicas y para preservar la salud. Están identificados, en función de la información clínica y las publicaciones médicas más recientes, como opciones de tratamiento seguro, eficaz y preferido por el costo.

El nivel de valor de la OEGB de Moda Health incluye productos para los siguientes problemas de salud:

- Asma
- Corazón, colesterol, presión arterial alta
- Diabetes
- Osteoporosis
- Depresión

Se puede encontrar una lista de los medicamentos incluidos en el nivel de valor en la ficha de farmacia en: [modahealth.com/oebb](http://modahealth.com/oebb)

### Servicios de farmacia especializada de Ardon Health

Ardon Health es la farmacia especializada para los afiliados de la OEGB. Ardon, con sede en Portland, Oregon, ofrece entrega sin costo de medicamentos de especialidad en el domicilio del paciente o en el consultorio del médico. Ardon Health ofrece medicamentos de especialidad para afecciones que incluyen la enfermedad de Crohn, hepatitis C, esclerosis múltiple, artritis reumatoide y más. Puede obtener información sobre Ardon Health en [ardonhealth.com](http://ardonhealth.com). También puede llamar a la línea gratuita del servicio de atención al cliente de Ardon al 855-425-4085. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

# Beneficios de farmacia: Moda Health

## Beneficios de farmacia

	Planes médicos 1-5 <sup>4</sup>		Planes médicos 6-7 <sup>5,6</sup>	
	Atención de salud coordinada y no coordinada		Atención coordinada	Atención de salud no coordinada
Valor	\$4 por suministro de 31 días <sup>1</sup>		\$4 por suministro de 31 días*	\$4 por suministro de 31 días*
Genérico selecto	\$12 por suministro de 31 días <sup>1</sup>		20 %	25 %
Preferido <sup>2,3</sup>	25 % hasta \$75 por suministro de 31 días <sup>1</sup>		20 %	25 %
Marca no preferida <sup>3</sup>	50 % hasta \$175 por suministro de 31 días <sup>1</sup>		20 %	25 %
<b>Por correo postal</b>				
Valor	\$8 por suministro de 90 días		\$8 por suministro de 90 días*	\$8 por suministro de 90 días*
Genérico selecto	\$24 por suministro de 90 días		20 %	25 %
Preferido <sup>2,3</sup>	25 % hasta \$150 por suministro de 90 días		20 %	25 %
Marca no preferida <sup>3</sup>	50 % hasta \$450 por suministro de 90 días		20 %	25 %
<b>Especialidad</b>				
Preferido <sup>2,3</sup>	25 % hasta \$200 por suministro de 31 días		20 %	25 %
Marca no preferida <sup>3</sup>	50 % hasta \$500 por suministro de 31 días		20 %	25 %

\*No se aplica el deducible. Todos los montos reflejan la responsabilidad del afiliado.

1 En las farmacias minoristas existe un suministro de 90 días disponible para medicamentos de descuento, genéricos y selectos por tres veces el copago de 31 días.

2 Este nivel de beneficio incluye medicamentos genéricos selectos que han sido identificados como productos sin resultados más favorables desde el punto de vista clínico que otros medicamentos genéricos económicos.

3 Monto máximo de copago por receta. Se debe aprobar una excepción a la lista de medicamentos aprobados para los medicamentos genéricos de costo elevado y para los medicamentos recetados de marca no preferida.

4 Los gastos de farmacia se acumulan hacia el costo compartido máximo.

5 Los gastos de farmacia se acumulan hacia el monto máximo de bolsillo.

6 Primero debe alcanzar su propio deducible o el de su familia para que se paguen los gastos de farmacia.

Para conocer las limitaciones y exclusiones, visite [modahealth.com/oebb/members](http://modahealth.com/oebb/members) y consulte su Manual del afiliado.

## ! Período de espera de 12 meses si se demora para inscribirse en la cobertura dental

**Si usted o un dependiente no se inscriben en la cobertura dental cuando sean elegibles inicialmente** y, luego, eligen inscribirse durante un período de inscripción abierta, se considerará que usted o su dependiente se ha “inscrito en forma tardía”.

Usted o su dependiente quedará sujeto a un **período de espera de 12 meses** en todos los planes dentales, lo cual significa que **solo quedará cubierta la atención preventiva y de diagnóstico** durante los primeros 12 meses de cobertura.





# BENEFICIOS DENTALES

**Kaiser Permanente**  
**Willamette Dental Group**  
**Delta Dental**  
(Moda Health)

# Beneficios dentales: Kaiser Permanente



## Cobertura dental de Kaiser Permanente

Creemos en la salud total, comenzando por una atención bucal y dental excepcional. Es por eso que todos los miembros obtienen un plan de prevención y de tratamiento personalizado. Y por eso la atención preventiva dental es la base de nuestra filosofía.



### Nuestra filosofía de atención

#### Enfoque integrado

Nuestros dentistas colaboran con sus médicos, ofreciendo una atención de salud integral que le ayuda a tener paz mental al saber que están cuidando de toda su salud.

Su equipo dental tiene acceso a su historial de salud, de esa forma el equipo puede enviarle alertas sobre exámenes o evaluaciones de salud importantes que usted pueda necesitar.

#### Calidad

Durante más de 2 décadas, hemos recibido el más alto nivel de acreditación de la Asociación de Acreditación de Atención Médica Ambulatoria ("Accreditation Association for Ambulatory Health Care", AAAHC). Esto significa que nuestro Programa dental ha cumplido con las estrictas normas nacionales. Actualmente, somos el único centro de salud dental en la región del noroeste del Pacífico con acreditación de la AAAHC.



### Atención de urgencia y de emergencia

Las afecciones dentales de emergencia incluyen hinchazón o infección grave, traumatismo grave en los dientes, sangrado que no se detiene y dolor intenso. Si necesita atención médica de emergencia, llame al Centro de citas a cualquier hora y cualquier día.



### Cómo obtener atención conveniente

El horario de atención es de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., y sábados de 7:30 a .m. a 4 p. m.

El consultorio dental de Valley River en Eugene está cerrado los miércoles.

Centro de citas dentales ..... 1-800-813-2000  
TTY ..... 711

Para obtener más información, visite [kp.org/dental/nw](http://kp.org/dental/nw).

# Beneficios dentales: Kaiser Permanente

## Resumen de beneficios dentales 2020-2021

Beneficios de los planes	Plan dental*
Copago de visita al consultorio dental <sup>1</sup>	\$20
Deducible	Ninguno
Monto máximo por año del plan	\$4,000
Exámenes bucales, radiografías, limpiezas (profilaxis), tratamientos con flúor y mantenedores de espacio	\$0
Empastes, incrustaciones "inlay" y coronas de acero inoxidable de rutina <sup>1,2,3</sup>	\$0
Extracciones dentales simples <sup>3</sup>	\$0
Extracciones dentales quirúrgicas, que incluyen diagnóstico y evaluación <sup>3</sup>	\$50
Diagnóstico, evaluación y tratamiento de enfermedades de las encías, que incluyen eliminación del sarro y alisado radicular <sup>3</sup>	\$0
Tratamiento de conducto y terapia relacionada, que incluye diagnóstico y evaluación <sup>3</sup>	\$50
Coronas de oro o porcelana e incrustaciones "onlay" <sup>3</sup>	\$250
Dentaduras postizas completas o parciales, recubrimientos, rebasados <sup>3</sup>	\$100
Retenedores del puente y pónicos <sup>3</sup>	\$250
Tratamiento de ortodoncia <sup>3</sup>	\$2,500 de copago + \$20 por visita
Implantes	50 % (límite de 4 de por vida)
Protectores oclusales (protectores dentales para dormir)	10 %
Protectores bucales atléticos	10 %

Servicios dentales

\* Los servicios deben estar proporcionados por un proveedor contratado de Kaiser Permanente para obtener los beneficios a pagar. Consulte la *Evidencia de cobertura (EOC)* para obtener información.

<sup>1</sup> El copago de la visita al consultorio se aplica para cada visita, además de cualquier copago del plan para los servicios.

<sup>2</sup> Los empastes en dientes posteriores se pagan a la tarifa de amalgamas.

<sup>3</sup> Los empastes están cubiertos al 100 % para todos los empastes de amalgama en dientes posteriores y los empastes de resina compuesta del color del diente en dientes frontales (línea de sonrisa). Los pacientes pueden solicitar empastes de resina compuesta para dientes posteriores y pagar tarifas adicionales. Comuníquese directamente con Kaiser Permanente para obtener información sobre las tarifas.

<sup>3</sup>En el caso de los afiliados inscritos en forma tardía, el beneficio quedará sujeto a un período de espera de 12 meses para acceder al beneficio.

Este no es un contrato. Este resumen de beneficios no describe completamente su cobertura de beneficios con Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Para obtener información más detallada sobre su cobertura de beneficios, exclusiones y limitaciones, revisión de reclamos y procedimientos de adjudicación, consulte la *Evidencia de cobertura (EOC)* o llame a la línea de Servicio a los afiliados. En el caso de que haya una discrepancia entre este resumen y la *EOC*, prevalecerá la información en la *EOC*.

Para obtener más información acerca de Kaiser Permanente, visite [kp.org](http://kp.org).

# Beneficios dentales: Willamette Dental Group



Durante casi 50 años, Willamette Dental Group se ha asociado con orgullo con empleadores públicos en toda la región del noroeste del Pacífico, y ha ofrecido atención dental de alta calidad y cobertura de seguro excepcional a más de 500,000 pacientes.

Nuestro enfoque de tratamiento basado en la evidencia y proactivo con respecto a la atención dental se concentra en lo más importante: proporcionar atención de calidad, individualizada para cada paciente que lo instruye para el futuro, en lugar de solamente resolver los problemas inmediatos en cuestión.

## DATOS BREVES



Sin monto máximo anual<sup>1</sup>, sin deducibles



Servicios cubiertos con copagos bajos predecibles



Cobertura de ortodoncia asequible para niños y adultos



El promedio de satisfacción de pacientes de la OEGB supera el 96 %

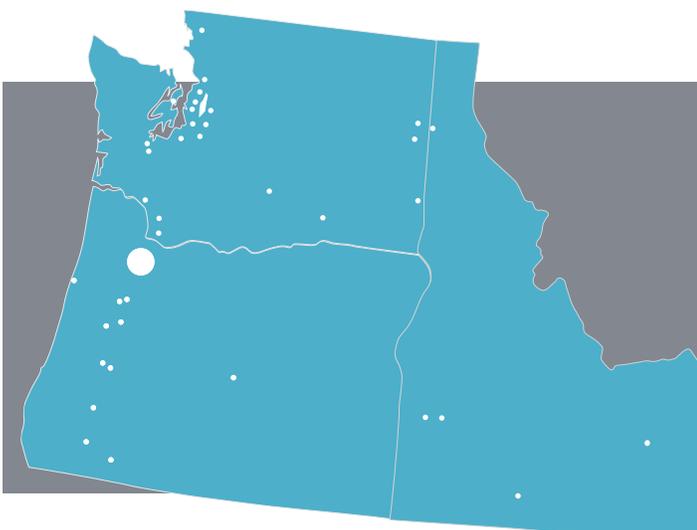


La mayoría de las oficinas abren de 7 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes, con citas disponibles los sábados



Sin cambios en las primas ni en los copagos para el año del plan 2020/2021

## MÁS DE 50 UBICACIONES DE CONSULTORIOS DENTALES



### Las ubicaciones incluyen:

Albany, OR	Meridian, ID
Bend, OR	Área metropolitana de Portland
Boise, ID	(11 ubicaciones)
Corvallis, OR	Richland, WA
Eugene, OR	Roseburg, OR
Grants Pass, OR	Salem, OR (2 ubicaciones)
Lincoln City, OR	Springfield, OR (2 ubicaciones)
Medford, OR	Vancouver, WA (2 ubicaciones)

Obtenga más información sobre los proveedores y sus ubicaciones en [willamettedental.com/oebb](http://willamettedental.com/oebb)

Formulario n.º 044-OR91(5/20) Cubierto por Willamette Dental Insurance, Inc.

# Beneficios dentales: Willamette Dental Group

## RESUMEN DE BENEFICIOS DEL PLAN DE WILLAMETTE DENTAL GROUP

Para recibir los excelentes beneficios del plan de Willamette Dental Group, los afiliados deben usar un proveedor de Willamette Dental Group en una de nuestras más de 50 ubicaciones de consultorios dentales de Willamette Dental Group. Este es un resumen. Consulte el Certificado de cobertura para ver la descripción completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones.

Beneficios	
Monto máximo anual	Sin monto máximo anual <sup>1</sup>
Deducible	Sin deducible
Visita al consultorio	\$20 por visita <sup>2</sup>
Servicios de diagnóstico y preventivos	
Exámenes de rutina y de emergencia	Cubierto al 100 %
Radiografías	Cubierto al 100 %
Limpieza dental	Cubierto al 100 %
Tratamiento con flúor	Cubierto al 100 %
Selladores (por diente)	Cubierto al 100 %
Evaluación periodontal	Cubierto al 100 %
Tratamiento dental reconstituyente y prostodoncia <sup>3</sup>	
Empastes	Cubierto al 100 %
Coronas de porcelana sobre metal	\$250 <sup>4</sup>
Prótesis dental superior o inferior completa	\$100 <sup>4</sup>
Puente (por diente)	\$250 <sup>4</sup>
Endodoncia y periodoncia <sup>3</sup>	
Tratamiento endodoncia	\$50
Alisado radicular (por cuadrante)	Cubierto al 100 %
Cirugía bucal <sup>3</sup>	
Extracción de rutina (un solo diente)	Cubierto al 100 %
Extracción quirúrgica	\$50
Servicios de ortodoncia <sup>3</sup>	
Servicios previos a la ortodoncia	\$150 <sup>5</sup>
Ortodoncia integral	\$2,500
Implantes dentales <sup>3</sup>	
Cirugía de implantes dentales	El máximo beneficio de implantes es de \$1,500 por año calendario
Varios <sup>3</sup>	
Óxido nítrico (por visita)	\$15
Placas oclusales (protectores nocturnos)	Cubierto al 100 %
Protectores bucales atléticos	\$100
Se reembolsará hasta \$100 por la atención de emergencia fuera del área	

<sup>1</sup>Los beneficios de cirugía para implantes tienen un máximo beneficio, en caso de que esté cubierta.

<sup>2</sup>El copago de la visita al consultorio se aplica para cada visita, además de cualquier copago del plan para los servicios.

<sup>3</sup>El beneficio está sujeto a un período de espera de 12 meses para los afiliados que anteriormente hayan renunciado a la cobertura dental.

<sup>4</sup>Las prótesis apoyadas por implantes dentales (coronas, puentes y dentaduras postizas) no son un beneficio cubierto.

<sup>5</sup>El copago se acredita al copago del tratamiento integral de ortodoncia si es que el paciente acepta el plan de tratamiento.

# Beneficios dentales: Delta Dental

## Cobertura de calidad para su **sonrisa**



Con los planes Delta Dental de Oregon, usted tendrá acceso a Delta Dental, la red dental más grande del país.

### Puntos destacados de los beneficios dentales

Nuestros planes de Delta Dental de Oregon lo conectan con grandes beneficios y dentistas de calidad dentro de la red. Usted tendrá:

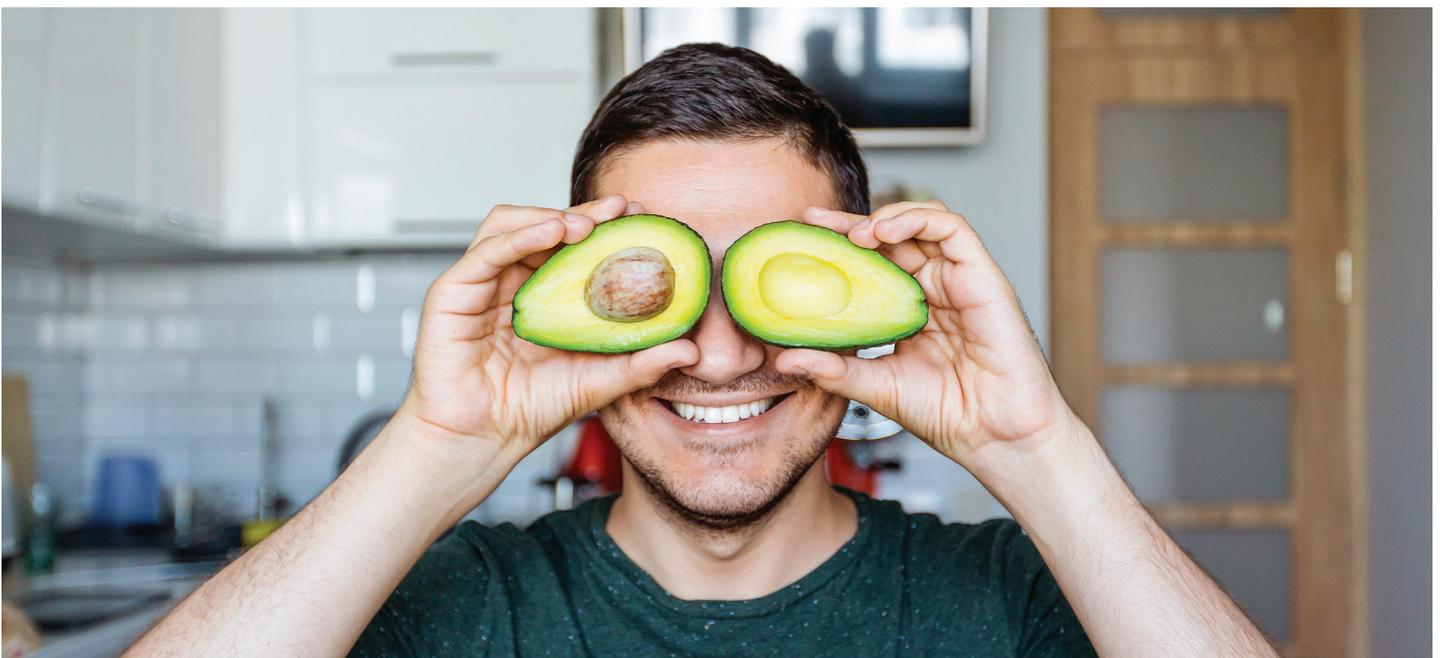
- Libertad para elegir a un dentista
- Ahorros de tarifas contratadas por parte de dentistas que participan en la red
- Ahorros por parte de dentistas dentro de la red
- Limpiezas cada seis meses
- Predeterminación de beneficios si así se solicita en un plan de previo al tratamiento
- Sin formularios de reclamo
- Servicio superior de atención al cliente

Nuestros planes dentales también incluyen herramientas útiles en línea, recursos y programas especiales para quienes puedan necesitar atención extra para sus dientes.

### Las redes de Delta Dental están dondequiera que vaya

Cada plan de Delta Dental de Oregon viene con una red de Delta Dental. Esta red incluye a miles de dentistas en todo el estado y en el país.

Los dentistas que participan dentro de la red acuerdan aceptar nuestras tarifas contratadas como pago total. Además, no hacen facturación del saldo, la diferencia entre lo que nosotros pagamos y las tarifas del dentista. Esto puede ayudarle a ahorrar en gastos que debe pagar el afiliado de su bolsillo Si va a consultas con proveedores que están fuera de la red, es posible que pague más por la atención.



# Beneficios dentales: Delta Dental

## Red Delta Dental Premier®

Esta es la red dental más grande de Oregon y de todo el país. Incluye más de 2,400 proveedores en Oregon y más de 156,000 dentistas de Delta Dental Premier en todo el país. Para acceder a nuestra red Premier, deberá seleccionar el plan Dental 1, 5 o 6.

## Red PPOSM de Delta Dental

Esta es una de las redes dentales más grandes de la Organización de proveedores preferidos (PPO) en Oregon y en todo el país. Incluye más de 1,388 proveedores participantes en Oregon y ofrece acceso a más de 112,451 dentistas de PPO de Delta Dental en todo el país. Estos proveedores han acordado disminuir las tarifas contratadas, lo cual significa más ahorros para usted. Para acceder a los ahorros de la red PPO, deberá seleccionar el plan PPO exclusivo.

## Opción del plan PPO exclusivo

La opción del plan PPO exclusivo usa la red PPO de Delta Dental. Es importante tener en cuenta que el plan PPO exclusivo no paga por los servicios proporcionados por un dentista de Premier ni por un dentista no contratado.

## Programa de bienestar bucal Health through Oral Wellness®

Todos los planes incluyen acceso al Programa Health through Oral Wellness. Este programa centrado en el paciente proporciona beneficios mejorados diseñados para ayudar a mantener una mejor salud bucal a través de la evaluación de riesgos, la educación y la atención preventiva adicional basada en la evidencia.

## Herramientas dentales

Usted puede usar nuestras herramientas dentales para gestionar su salud dental fácilmente, en un solo lugar en línea. Use las herramientas dentales para:

- Encontrar un dentista
- Programar citas
- Ver beneficios y reclamos
- Averiguar el riesgo que usted corre de desarrollar caries y enfermedades de las encías
- Ver artículos sobre temas relacionados con la salud dental

# Beneficios dentales: Delta Dental

Tabla de beneficios de los planes dentales 2020-21

	Planes de incentivo			
	Plan 1 <sup>2</sup>	Plan 5 <sup>2</sup>	Plan 6 <sup>3</sup>	PPO exclusivo <sup>3,4</sup>
Red	Premier			PPO
	Dentro de la red, usted paga			Dentro de la red, usted paga
<b>Costos del plan por año</b>				
Deducible	\$50	\$50	\$50	\$50
Beneficio máximo	\$2,200	\$1,700	\$1,200	\$1,500
<b>Servicios preventivos y de diagnóstico<sup>1</sup></b>				
Examen y profilaxis/limpiezas (una vez cada seis meses)	30 % - 0 % <sup>2</sup>	30 % - 0 % <sup>2</sup>	0 %	0 %
Radiografías de mordida (una vez cada 12 meses)	30 % - 0 % <sup>2</sup>	30 % - 0 % <sup>2</sup>	0 %	0 %
Aplicación tópica de fluoruro (18 años de edad y menores)	30 % - 0 % <sup>2</sup>	30 % - 0 % <sup>2</sup>	0 %	0 %
Selladores y mantenedores de espacio	30 % - 0 % <sup>2</sup>	30 % - 0 % <sup>2</sup>	0 %	0 %
<b>Servicios de restauración</b>				
Empastes (dientes posteriores pagados para empaste de resina compuesta)	30 % - 0 % <sup>2</sup>	30 % - 0 % <sup>2</sup>	20 %	10 %
Incrustaciones “Inlay” (tarifa de reembolso de empaste de resina compuesta)	30 % - 0 % <sup>2</sup>	30 % - 0 % <sup>2</sup>	20 %	10 %
Cirugía bucal y extracciones	30 % - 0 % <sup>2</sup>	30 % - 0 % <sup>2</sup>	20 %	10 %
Endodoncia y periodoncia	30 % - 0 % <sup>2</sup>	30 % - 0 % <sup>2</sup>	20 %	10 %
<b>Servicios de restauración mayor</b>				
Coronas de oro o porcelana	30 % - 0 % <sup>2</sup>	30 %	50 %	20 %
Implantes	30 % - 0 % <sup>2</sup>	50 %	50 %	20 %
Incrustaciones “onlay”	30 % - 0 % <sup>2</sup>	30 %	50 %	20 %
<b>Servicios de prostodoncia</b>				
Dentaduras postizas completas y parciales	30 % - 0 % <sup>2</sup>	50 %	50 %	20 %
Puentes	30 % - 0 % <sup>2</sup>	50 %	50 %	20 %
<b>Otros servicios</b>				
Óxido nitroso	50 %	50 %	50 %	50 %
Placas oclusales (protectores nocturnos <sup>5</sup> y protectores bucales atléticos)	50 %	50 %	50 %	50 %
<b>Servicios de ortodoncia<sup>1,6</sup></b>				
Máximo de por vida — \$1,800	20 %	20 %	N/A	20 %

1 No se aplica el deducible.

2 En este plan de incentivo, los beneficios comienzan al 70 por ciento para el primer año de cobertura del plan. De allí en adelante, los pagos de los beneficios aumentan el 10 por ciento cada año del plan (hasta alcanzar un beneficio máximo del 100 por ciento), siempre que la persona haya visitado al dentista al menos una vez durante el año del plan anterior. No hacerlo generará una reducción del 10 por ciento en el pago de beneficios al siguiente año del plan, aunque el pago nunca descenderá por debajo del 70 por ciento.

3 Pasarse de un plan de beneficios constante (6 o PPO exclusivo) a un plan de beneficios de incentivo (1 o 5) hará que el nivel de beneficios comience al 70 por ciento.

4 Este plan no tiene beneficios fuera de la red. Los servicios realizados por fuera de la red PPO de Delta Dental no están cubiertos a menos que exista una emergencia dental. Las emergencias cubiertas consisten exámenes enfocados en un problema, tratamiento paliativo y radiografías. Todos los demás servicios se consideran no cubiertos.

5 Máximo de \$250, una vez cada cinco años.

6 Los servicios de ortodoncia no aplican para el máximo de beneficios para el año del plan.

Para conocer las limitaciones y exclusiones, visite [modahealth.com/oebb/members](http://modahealth.com/oebb/members) y consulte su Manual del afiliado.



# **BENEFICIOS PARA LA VISTA**

**Kaiser Permanente  
Moda Health  
VSP**

# Beneficios para la vista: Kaiser Permanente



## Cobertura para la vista de Kaiser Permanente

En Vision Essentials de Kaiser Permanente, consideramos la atención de la vista de manera diferente. La vista sana es más que anteojos y lentes de contacto. Nuestros optómetras y oftalmólogos proporcionan atención integral de la vista, que incluye exámenes oculares de rutina, para ayudar a mantener la vista bien definida y los ojos sanos.



### Atención integrada

Mediante nuestro sistema de historias clínicas electrónicas, todos sus proveedores de atención pueden tener acceso a un panorama integral de su salud y actuar como parte de un equipo para ayudarle a tomar mejores decisiones de atención médica.

Los proveedores le informarán los déficits en su atención médica y lo ayudarán a programar citas preventivas, lo que incluye vacunas, exámenes físicos e importantes exámenes de detección de la salud de los ojos.



### Conveniencia

Contamos con clínicas desde Salem hasta Longview, la mayoría ubicadas en consultorios médicos. Para programar un examen, pedir lentes de contacto o encontrar una ubicación cercana a su domicilio, visite [kp2020.org](http://kp2020.org) o llame al **1-800-813-2000** (TTY 711).

#### Obtener atención de salud en el Condado de Lane

Los afiliados del Condado de Lane pueden obtener exámenes de rutina para la vista en Oregon Eye Associates en PeaceHealth Eye Care and Optical Shop.

Para programar una cita, comuníquese con:

Oregon Eye Associates ..... 541-484-3937  
1-800-426-3937

PeaceHealth Eye Care  
and Optical Shop ..... 458-205-6257

## Resumen de beneficios para la vista 2020-2021

Beneficios del plan, cada 12 meses consecutivos	Plan de la vista*
Examen ocular de rutina	Consulte el resumen del plan médico
Asignación para artículos: marcos o armazones, lentes y lentes de contacto Se pueden usar \$100 de su asignación anual de \$250 para anteojos de sol sin graduación y/o anteojos para la fatiga ocular por dispositivos digitales.	\$250
Beneficios adicionales	
Plan de protección 50/50	Incluido
Segundo par de anteojos completos	30 % de ahorro

\* Debe estar inscrito en un plan médico de Kaiser Permanente para inscribirse en el plan de la vista de Kaiser Permanente.

Este no es un contrato. Este resumen de beneficios no describe completamente su cobertura de beneficios con Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Para obtener información más detallada sobre su cobertura de beneficios, exclusiones y limitaciones, revisión de reclamos y procedimientos de adjudicación, consulte la *Evidencia de cobertura (EOC)* o llame a la línea de Servicio a los afiliados. En el caso de que haya una discrepancia entre este resumen y la *EOC*, prevalecerá la información en la *EOC*.

Para obtener más información acerca de Kaiser Permanente, visite [kp.org](http://kp.org).

# Beneficios para la vista: Moda Health

## Ajustarlo todo en *un enfoque*

Cuando se trata de mejorar la salud, hay que ver para creer. Estos planes de la vista garantizan que pueda enfocarse en estar lo mejor posible.

Tabla de beneficios de los planes de la vista 2020-2021

	Opal	Pearl	Quartz
Beneficio máximo	\$600	\$400	\$250
	Lo que paga usted		
Exámenes oculares (que incluyen refracción) <i>Frecuencia: una vez por año del plan</i>		0 % <sup>1</sup>	
Lentes <sup>2</sup> <i>Frecuencia: lentes de contacto (incluidos lentes de contacto desechables) o un par de lentes para anteojos por año del plan</i>		0 % <sup>1</sup>	
Marcos/armazones <i>Frecuencia: un par por año del plan para los afiliados menores de 17 años de edad. Un par cada dos años del plan para los afiliados de 17 años de edad y mayores.</i>		0 % <sup>1</sup>	

<sup>1</sup> Sujeto al monto máximo de beneficio.

<sup>2</sup> Incluye lentes monofocales, bifocales, trifocales o lentes de contacto.

### Limitaciones y exclusiones

- El examen de la vista y los beneficios en artículos de la vista están todos sujetos al monto máximo de beneficio del año del plan.
- Los porcentajes mostrados reflejan cuánto pagan los afiliados por examen de la vista, marcos o armazones y lentes de contacto con cobertura.
- Los servicios sin cobertura que están excluidos son responsabilidad del afiliado y no se aplican hacia el monto máximo del año del plan.

Para conocer más limitaciones y exclusiones, visite [modahealth.com/oebb/members](http://modahealth.com/oebb/members) y consulte su Manual del afiliado.

# Beneficios para la vista: VSP®



Plan VSP Choice Plus Red de proveedores de VSP: VSP Choice VSP Choice Plan® Red de proveedores de VSP: VSP Choice

Beneficio	Descripción	Copago	Beneficio	Descripción	Copago
<b>Su cobertura con un proveedor de la red VSP Choice</b>					
<b>WellVision® Exam</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se centra en sus ojos y en su bienestar general</li> <li>Revise si su médico de Costco es un proveedor participante antes de hacer una cita</li> <li>Cada 12 meses</li> </ul>	\$10	<b>WellVision Exam</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se centra en sus ojos y en su bienestar general</li> <li>Revise si su médico de Costco es un proveedor participante antes de hacer una cita</li> <li>Cada 12 meses</li> </ul>	\$10
<b>Anteojos recetados \$20</b>					
<b>Marco/armazón</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación de \$300 en una amplia variedad de marcos/armazones</li> <li>Asignación de \$350 en marcas destacadas de marcos/armazones</li> <li>20 % de ahorro en el monto que esté por encima de su asignación</li> <li>La asignación del marco/de la armazón es equivalente a \$165 en Costco®/Wal-Mart® en función del precio en Costco®/Wal-Mart®</li> <li>Cada 12 meses</li> </ul>	Incluido en anteojos recetados	<b>Marco/armazón</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación de \$150 en una amplia variedad de marcos/armazones</li> <li>Asignación de \$200 en marcas destacadas de marcos/armazones</li> <li>20 % de ahorro en el monto que esté por encima de su asignación</li> <li>La asignación del marco/de la armazón es equivalente a \$80 en Costco/Wal-Mart en función del precio en Costco/Wal-Mart</li> <li>Cada 12 meses</li> </ul>	Incluido en anteojos recetados
<b>Lentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes monofocales, lentes bifocales con línea y lentes trifocales con línea</li> <li>Lentes de policarbonato para hijos dependientes</li> <li>Cada 12 meses</li> </ul>	Incluido en anteojos recetados	<b>Lentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes monofocales, lentes bifocales con línea y lentes trifocales con línea</li> <li>Lentes de policarbonato para hijos dependientes</li> <li>Cada 12 meses</li> </ul>	Incluido en anteojos recetados
<b>Mejoras para los lentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes de policarbonato</li> <li>Resistentes a rayones y recubrimiento contra UV</li> <li>Recubrimientos antirreflejantes</li> <li>Lentes progresivos estándar</li> <li>Lentes progresivos de primera calidad/personalizados</li> <li>Ahorro promedio de entre un 20 % y un 25 % en otras mejoras para los lentes</li> <li>Cada 12 meses</li> </ul>	\$0 \$0 \$15 \$0 \$15	<b>Mejoras para los lentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resistentes a rayones y recubrimiento contra UV</li> <li>Lentes progresivos estándar</li> <li>Lentes progresivos de primera calidad</li> <li>Lentes progresivos personalizados</li> <li>Ahorro promedio de entre un 20 % y un 25 % en otras mejoras para los lentes</li> <li>Cada 12 meses</li> </ul>	\$0 \$0 \$95 a \$105 \$150 a \$175
<b>Lentes de contacto (en lugar de anteojos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación de \$300 para lentes de contacto (en vez de marcos/armazones y lentes)</li> <li>Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación)</li> <li>15 % de descuento en servicios del examen para lentes de contacto</li> <li>Cada 12 meses</li> </ul>	Hasta \$60	<b>Lentes de contacto (en lugar de anteojos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación de \$150 para lentes de contacto (en vez de marcos/armazones y lentes)</li> <li>Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación)</li> <li>15 % de descuento en servicios del examen para lentes de contacto</li> <li>Cada 12 meses</li> </ul>	Hasta \$60
<b>Suncare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación de \$300 para anteojos de sol sin receta en vez de anteojos o lentes de contacto recetados</li> <li>Cada 12 meses</li> </ul>	\$20	<b>Suncare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación de \$150 para anteojos de sol listos y sin receta en vez de anteojos o lentes de contacto recetados</li> <li>Cada 12 meses</li> </ul>	\$20
<b>Diabetic Eyecare Plus Program<sup>SM</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios relacionados con la enfermedad ocular causada por diabetes, glaucoma y degeneración macular relacionada con la edad ("age-related macular degeneration", AMD). Prueba de detección para la retina para afiliados elegibles con diabetes. Pueden aplicarse limitaciones y coordinación con la cobertura médica. Consulte a su médico de VSP para obtener más información.</li> <li>Según se necesite</li> </ul>				\$20
<b>Ahorros adicionales</b>	<p><b>Anteojos y anteojos de sol</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$50 extras para gastar en marcas destacadas de marcos/armazones. Visite <a href="http://vsp.com/offers">vsp.com/offers</a> para obtener más información.</li> <li>Ahorro del 20 % en anteojos y anteojos de sol adicionales, lo que incluye mejoras en los lentes, de cualquier proveedor de la red de VSP Choice en un plazo de 12 meses de su último WellVision Exam.</li> </ul> <p><b>Prueba de detección para la retina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copago no mayor de \$39 en la prueba de detección de rutina para la retina como una mejora del WellVision Exam.</li> </ul> <p><b>Corrección láser de la vista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Promedio del 15 % de descuento sobre el precio normal o del 5 % sobre el precio de promoción; los descuentos solo están disponibles en establecimientos contratados.</li> </ul>				
<b>Su cobertura con proveedores que no pertenezcan a la red</b>					
Si planea consultar a un proveedor que no pertenezca a la red de proveedores de VSP Choice, visite <a href="http://vsp.com">vsp.com</a> para obtener más información.					
Examen .....	hasta \$45	Lentes monofocales.....	hasta \$30	Lentes trifocales con línea.....	hasta \$65
Marco/armazón.....	hasta \$70	Lentes bifocales con línea.....	hasta \$50	Lentes progresivos.....	hasta \$50
				Lentes de contacto .....	hasta \$105

La cobertura con una cadena minorista participante podría ser diferente. Una vez que su beneficio entre en vigencia, visite [vsp.com](http://vsp.com) para obtener más información. La información sobre la cobertura está sujeta a cambios. En caso de un conflicto entre esta información y el contrato de su organización con VSP, prevalecerán los términos del contrato. De acuerdo con las leyes vigentes, los beneficios pueden variar según el lugar.

©2020 Vision Service Plan. Todos los derechos reservados.

VSP, VSP Choice Plan y WellVision Exam son marcas comerciales registradas, y VSP Diabetic Eyecare Plus Program es una marca de servicio de Vision Service Plan. Todos los demás nombres de compañías y marcas son marcas comerciales o marcas comerciales registradas de sus respectivos propietarios. 82843 VCEE



# BENEFICIOS OPCIONALES

**The Standard**  
(Seguro de vida y por incapacidad)

**Unum**  
(Atención a largo plazo)

**Reliant Behavioral Health**  
(EAP)

# Seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento: The Standard

## The Standard

Visite el micrositio de la OEGB de The Standard en [standard.com/mybenefits/oebb/](http://standard.com/mybenefits/oebb/) para tener acceso a información sobre los productos, a un estimador de necesidades y a nuestra herramienta de apoyo para decisiones ("Decision Support Tool"), que pueden ayudarlo a evaluar sus necesidades de cobertura específicas.

### Seguro de vida opcional

Los empleados elegibles pueden optar por una cobertura del seguro de vida opcional (Optional Life) en unidades desde \$10,000 hasta un máximo de \$500,000. La cobertura para dependientes está disponible para su cónyuge/pareja de hecho en unidades desde \$10,000 hasta un máximo de \$500,000, y para los hijos elegibles en unidades desde \$2,000 hasta un máximo de \$10,000. La cobertura de seguro de vida opcional para dependientes ("Optional Dependent") no puede exceder el 100 % de la cobertura de Optional Life para empleados.

El monto de emisión de garantía para la cobertura elegida por el empleado cuando es elegible, es de \$200,000. Cualquier monto solicitado que supere el monto de emisión de garantía estará sujeto a la aprobación médica tras la evaluación de riesgos. Los afiliados que ya han elegido la cobertura del seguro de vida opcional pueden incrementar su cobertura por \$20,000 durante el período anual de inscripción (sin exceder el monto de emisión de garantía) sin que proporcionen evidencia de asegurabilidad. El monto inicial de emisión de garantía de cobertura para el cónyuge/la pareja doméstica cuando sea elegible es de \$30,000. Cualquier monto solicitado que supere el monto de emisión de garantía estará sujeto a la aprobación médica tras la evaluación de riesgos.

Para su conveniencia, el seguro de vida de The Standard también incluye herramientas útiles de asistencia al viajero y planificación de vida.

- El paquete de herramientas **Life Services Toolkit\*** es un recurso que puede ayudar a los empleados y a sus beneficiarios a afrontar la pérdida de un ser querido o a planificar para el futuro. Los empleados pueden tener acceso a un portal en línea para planificación de patrimonio, arreglos funerarios, prevención de robo de identidad, planificación financiera y recursos relacionados con la salud y el bienestar. Los servicios para los beneficiarios incluyen apoyo después de la pérdida de un ser querido, asesoramiento financiero y servicios legales.
- La **asistencia al viajero ("Travel Assistance")\*** está disponible para los empleados cubiertos y los miembros de su familia al viajar más de 100 millas desde el domicilio o internacionalmente durante un máximo de 180 días. Además de la planificación de viajes, este servicio incluye asistencia con reemplazo de tarjeta de crédito extraviada, reemplazo de pasaporte, recursos legales y médicos, evacuación médica y repatriación.

**Folleto de Optional Life:**  
[www.standard.com/eforms/4241\\_646595.pdf](http://www.standard.com/eforms/4241_646595.pdf)

### Seguro por muerte accidental y desmembramiento: AD&D

Al participar en el plan grupal del seguro por muerte accidental y desmembramiento de Optional AD&D a través de la OEGB, su empleador le ofrece una excelente oportunidad para ayudarlo a proteger a sus seres queridos. Con la cobertura de Optional AD&D, usted, sus dependientes o sus beneficiarios, según corresponda, pueden recibir un beneficio del seguro por muerte accidental y desmembramiento ante un evento de muerte o desmembramiento como resultado de un tipo de accidente incluido en la cobertura. Puede optar por una cobertura para usted u optar por una cobertura para usted y su cónyuge/pareja de hecho y/o hijos elegibles.

- **Empleado** cobertura en unidades de \$10,000, hasta un máximo de \$500,000
- **Cónyuge/pareja doméstica** cobertura en unidades desde \$10,000 hasta un máximo de \$500,000 (sin exceder el monto de cobertura del empleado)
- **Hijos** cobertura en unidades desde \$2,000 hasta un máximo de \$10,000 (sin exceder el monto de cobertura del empleado)

**Folleto de Optional AD&D:**  
[www.standard.com/eforms/4241\\_646595.pdf](http://www.standard.com/eforms/4241_646595.pdf)

\* El Kit de herramientas para servicios para la vida ("Life Services Toolkit") se proporciona mediante un arreglo con Morneau Shepell, que no está afiliada con The Standard.

La asistencia al viajero ("Travel Assistance") se proporciona mediante un arreglo con UnitedHealthcare Global, que no está afiliada con The Standard.

Estos servicios no son productos de seguro y es posible que estén sujetos a limitaciones o exclusiones.

# Incapacidad a corto y a largo plazo Seguro: The Standard

## Seguro por incapacidad

El seguro por incapacidad a corto plazo ("short term disability", STD) y el seguro por incapacidad a largo plazo ("long term disability", LTD) están diseñados para pagarle un beneficio en el caso de que se produzca un evento que le impida trabajar debido a enfermedad, lesión o embarazo incluidos en la cobertura. Estos beneficios reemplazan una parte de su ingreso; por lo tanto, le ayuda a cumplir con sus obligaciones económicas al afrontar momentos de necesidad. Consulte con su empleador sobre la disponibilidad de inscripción.

## Incapacidad a corto plazo (STD)

El seguro por incapacidad a corto plazo (STD) está diseñado para pagarle un beneficio semanal en el caso de que se produzca un evento que le impida trabajar debido a una enfermedad o lesión no ocupacional incluida en la cobertura. Este beneficio es un seguro de sustitución de ingresos. El monto del beneficio semanal, el período de espera en días calendario y la duración de este beneficio dependerán del plan seleccionado por su empleador.

Nota: Si se inscribe después de que se volvió elegible o porque se produjo un evento calificador a mitad de año, usted quedará sujeto a la sanción por inscripción tardía. Esto significa que si presenta un reclamo por cualquier afección que no sea una lesión accidental, durante los primeros 12 mese/s después de que entre en vigencia su cobertura, los beneficios por incapacidad a corto plazo (STD) no serán pagaderos hasta después de que haya estado incapacitado continuamente durante 60 días, y siga incapacitado.

## Folleto del seguro por incapacidad a corto plazo:

[www.standard.com/eforms/4241\\_646595.pdf](http://www.standard.com/eforms/4241_646595.pdf)

## Incapacidad a largo plazo (LTD)

El seguro por incapacidad a largo plazo (LTD) está diseñado para pagarle un beneficio mensual en el caso de que se produzca un evento que le impida trabajar debido a una enfermedad o lesión incluida en la cobertura. Este beneficio es un seguro de sustitución de ingresos. El monto del beneficio mensual y el período de espera en días calendario dependerán del plan seleccionado por su empleador.

## Folleto del seguro por incapacidad a largo plazo:

[www.standard.com/eforms/4241\\_646595.pdf](http://www.standard.com/eforms/4241_646595.pdf)



## Seguro de atención de largo plazo: Unum



### Unum

La OEBB ofrece un **seguro de atención a largo plazo** mediante Unum como una opción de beneficio valiosa para que los empleadores participantes ofrezcan a los afiliados de la OEBB. La atención a largo plazo es el tipo de atención que puede necesitar en caso de que no pueda realizar las actividades básicas de la vida cotidiana de manera independiente: bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse de un lugar a otro, contener la necesidad de ir al baño y comer, o bien si ha sufrido un deterioro cognitivo grave debido a una afección, como la enfermedad de Alzheimer. Si se presentara esa situación, esta cobertura podría ayudar a pagar por personal de ayuda en el hogar, un centro tutelado o un hogar de ancianos privado.

Confirme con su empleador si este beneficio se encuentra disponible para usted y, de ser así, cómo puede acceder a él. Obtenga más información en:

[w3.unum.com/enroll/OEBB](http://w3.unum.com/enroll/OEBB)

## Programa de asistencia para empleados: Reliant Behavioral Health



La OEBB ofrece los beneficios del Programa de asistencia para empleados (EAP) a través de Reliant Behavioral Health (RBH). Este es un beneficio gratuito para usted si su empleador ofrece este programa. El EAP lo ayuda a resolver en forma privada problemas que puedan interferir en su trabajo, relación familiar y en su vida. Los servicios del EAP son GRATUITOS para usted, sus dependientes y todos los integrantes de su grupo familiar. Los servicios del EAP se mantienen siempre en forma confidencial y son proporcionados por expertos.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <p>Asesoramiento confidencial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea telefónica de crisis las 24 horas</li> <li>• Asesoramiento en persona</li> <li>• Asesoramiento telefónico</li> <li>• Consultas en línea</li> </ul> | <p>Otros servicios disponibles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de remisión para cuidado infantil</li> <li>• Servicios de remisión para cuidado de adultos y ancianos</li> <li>• Servicios legales con descuento</li> <li>• Servicios de orientación financiera</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de mediación con descuento</li> <li>• Programa de adquisición de vivienda</li> <li>• Formularios legales en línea (p. ej., testamento, fideicomiso testamentario, poder notarial, etc.)</li> <li>• Asistencia para la recuperación por robo de identidad</li> </ul> |
|---|--|--|

Si su empleador ha seleccionado este beneficio de la OEBB, usted puede hacer lo siguiente para tener acceso a los servicios:

- Llamar al 1.866.750.1327.
- Iniciar sesión en [ibhsolutions.com](http://ibhsolutions.com).
- Seleccionar MEMBERS (Afiliados) (esquina superior derecha).
- Hacer clic en el logotipo de RBH.
- Ingresar el código de acceso: OEGB.





# Inscríbase a partir del 15 de agosto en **OEBBenroll.com**

## ¡Planifique con anticipación!

El sistema de inscripción de MyOEBB no estará disponible desde las **8 p. m. del lunes, 31 de agosto hasta las 9 a. m. del martes, 1 de septiembre.**

Planifique sus actividades de inscripción en conformidad con los horarios disponibles.

## ¿Necesita ayuda?

### Comuníquese con el Servicio a los afiliados de la OEBB

888-4My-OEBB (888-469-6322)  
oebb.benefits@state.or.us

### Horario habitual (fuera del plazo de inscripción abierta)

Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

### Horario extendido

(durante el plazo de inscripción abierta)

Lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.  
Cerrado los fines de semanas y los días festivos, incluso el sábado y el domingo, 15 y 16 de agosto, y el lunes, 7 de septiembre (Día del Trabajo).

