oebb
Oregon Educators Benefit Board

Guía para la inscripción
Año del plan **2021-2022**

Inscripción obligatoria
A partir del 15 de agosto
OEBBenroll.com

SE requieren medidas
¿Tiene que iniciar sesión? ¡SÍ!

¿Quién?

Todas las personas elegibles para recibir beneficios de la Junta de Beneficios para Educadores de Oregon (Oregon Educators Benefit Board, OEBB) deben iniciar sesión, incluso si rechazan la cobertura.

¿Qué?/ ¿Dónde?

1. Inicie sesión en **OEBBenroll.com** para efectuar las selecciones del plan o para rechazar la cobertura para el año 2021-2022.

2. Solicite a su empleador información específica sobre el costo del plan.

¿Cuándo?

Durante SU periodo de inscripción abierta: fecha de inicio a partir del 15 de agosto. La inscripción abierta de la OEBB tiene lugar entre el 15 de agosto y el 15 de septiembre de 202>1. Algunos empleadores tienen fechas de finalización diferentes. **Confirme SU fecha límite con su empleador.**

¿Por qué?

1. Si no lo hace, probablemente no tendrá la cobertura durante el año 2021-2022.
Sus elecciones actuales de cobertura médica, dental y de la vista NO se transferirán al año 2021-2022. Por lo tanto, a menos que su empleador lo inscriba en un plan de manera predeterminada, no tendrá la cobertura.

2. La inscripción abierta es la única vez por año en que puede efectuar cambios sin un evento de vida importante. Los cambios a mitad de año solamente se permiten si presenta un evento de cambio calificado de condición (qualified status change, QSC) (por ejemplo: matrimonio, nacimiento o adopción de un niño, divorcio). Informe a su empleador siempre que presente un QSC, incluso durante la inscripción abierta.

Puede encontrar más información sobre los eventos de QSC en el sitio web de la OEBB, en: **www.oregon.gov/OHA/OEBB/Pages/QSC-Matrix.aspx**

3. ¡Es su salud y su sueldo! Debería controlar la cobertura que tiene. Si su empleador efectivamente lo inscribe en un plan predeterminado, es posible que no le guste lo que reciba. No deje sus elecciones en manos de otra persona.

¿Cómo? ¿Necesita ayuda?

Muchas personas simplemente inician sesión y siguen las instrucciones en pantalla, pero si necesita más ayuda, puede encontrar instrucciones detalladas en:
www.oregon.gov/OHA/OEBB/Guides/MyOEBB-Enrollment-Guide.pdf

¿QUÉ hay adentro?

Cómo empezar 4
- Puntos destacados del año del plan 2021-2022 5
- Definiciones de los términos sobre beneficios 6
- Dependientes fuera del área 8
- Información sobre jubilaciones anticipadas 9
- Evite estos errores frecuentes 10
- Recargo por cobertura doble 10
- ¿A quién va a llamar? 11
- Programas de bienestar 12

Beneficios médicos/para medicamentos de venta con receta 13
- Beneficios médicos/para medicamentos de venta con receta: Kaiser Permanente 14
  - Resumen de beneficios: Planes Kaiser Permanente 1, 2A, 2B y 3 19
- Beneficios médicos/para medicamentos de venta con receta: Moda Health 20
  - Elegir un PCP 360 21
  - Asesor de salud 24
  - Encontrar un proveedor dentro de la red 26
  - Cuentas de ahorro para la salud (HSA) 27
  - Resumen de beneficios: Plan 1 de Moda Health 28
  - Resumen de beneficios: Plan 2 de Moda Health 29
  - Resumen de beneficios: Plan 3 de Moda Health 30
  - Resumen de beneficios: Plan 4 de Moda Health 31
  - Resumen de beneficios: Plan 5 de Moda Health 32
  - Resumen de beneficios: Plan 6 de Moda Health 34
  - Resumen de beneficios: Plan 7 de Moda Health 35
- Beneficios de farmacia: Moda Health 36

Beneficios dentales 38
- Periodo de espera de 12 meses (cuando se aplaza la cobertura dental) 39
- Beneficios dentales: Kaiser Permanente 40
- Beneficios dentales: Willamette Dental Group 42
- Beneficios dentales: Delta Dental (Moda Health) 44

Beneficios de la vista 48
- Beneficios de la vista: Moda Health 49
- Beneficios de la vista: Kaiser Permanente 50
- Beneficios de la vista: VSP 52

Beneficios opcionales 54
- Programa de asistencia para empleados: Reliant Behavioral Health 55
- Seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento: The Standard 56
- Seguro de incapacidad de corto y largo plazo The Standard 57
- Seguro de atención de largo plazo: Unum 57

Horario de atención/de contacto con la OEBB 58

Cómo **empezar**

oebb
Oregon Educators Benefit Board

Puntos destacados del año del plan 2021-2022

Vigente a partir del 1.° de octubre de 2021

Todos los planes médicos, dentales y de la vista actuales seguirán estando disponibles; además, ofrecemos planes nuevos y mejoras.

Servicios médicos

- **Nuevo plan médico – Plan médico Kaiser Permanente 2B:** ahora se encuentra disponible a través de Kaiser Permanente un plan médico y de farmacia deducible de $1,200.
- **Mejoras para los afiliados de Kaiser Permanente**: los afiliados de Kaiser tendrán acceso a opciones de atención virtual para fisioterapia y obstetricia.
- **Mejoras para los afiliados de Moda Health:**
  - Para los planes 1 a 5, usted tendrá un copago más bajo para recetas genéricas de especialización y una mejor asistencia en el manejo de enfermedades.
  - ¿Necesita una radiografía u otro examen por imágenes? Los asesores de salud de Moda 360 pueden ayudar a los afiliados a encontrar opciones de menor costo.
  - Nueva cobertura para visitas virtuales de fisioterapia.
- **Moda 360:** si se inscribe tanto en el plan médico de Moda Health como en el plan médico de Delta Dental, sus proveedores tendrán acceso a sus registros médicos y dentales a fin de coordinar su atención de manera más adecuada.
- **Cirugía facial de confirmación de género:** todos los planes de la OEBB cubrirán la cirugía facial de confirmación de género para los afiliados que se sometan a cirugía de reasignación. *Actualmente este beneficio se encuentra disponible en los planes médicos de Kaiser y se agregará a los planes médicos de Moda de la OEBB a partir del 1.° de octubre de 2021.*

Con miras al 1.° de enero de 2022

¿Tiene un dependiente discapacitado? Si actualmente no es elegible para recibir cobertura de la OEBB, una nueva ley puede permitir incorporarlo a su plan a partir del 1.° de enero de 2022. **Obtenga más información**

Servicios dentales

- **Nuevo plan dental – Plan de incentivo PPO exclusivo de Delta Dental:** el plan dental de incentivo PPO exclusivo solo cubre a proveedores que se encuentren dentro de la red, pero posee un máximo de beneficios anuales superior y los beneficios mejoran constantemente con el tiempo si visita al dentista al menos una vez al año.
- **Mejor cobertura para afiliados de Kaiser Permanente:** los afiliados de Kaiser Permanente ya no tendrán un copago para las visitas dentales de prevención.
- **Mejor cobertura para los afiliados de Willamette Dental Group:** sin copagos para las citas de pacientes nuevos si nunca ha consultado a un proveedor de Willamette Dental Group.

Servicios de la vista

Mejor cobertura para los afiliados de VSP: VSP cubrirá servicios de terapia de la vista empleados para el tratamiento de afecciones tales como desalineación ocular y oscurecimiento de la visión.

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Obtiene más beneficios con el Programa de Asistencia al Empleado (Employee Assistance Program, EAP): si su empleador ha adquirido el beneficio de EAP para usted, tanto usted como sus familiares ahora tendrán acceso a seis sesiones de asesoramiento psicológico gratuito por problema MÁS cuatro sesiones digitales de orientación médica.

Qué NO cambiará:

- La OEBB sigue ofreciendo todos los planes de 2020-2021; simplemente se han agregado también un par de opciones nuevas.
- Continúa el recargo por cobertura doble de la OEBB/PEBB. (Consulte la página 10 para obtener información detallada).
- Los planes opciones de seguro de vida ofrecen cobertura garantizada por problemas a los nuevos empleados y la cobertura anual limitada se incrementa sin cuestionamientos médicos. (Consulte la página 54 para obtener información detallada).

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 de venta con receta combinados dentro de la red, que incluye los copagos del Nivel de costo adicional (Additional Cost Tier, ACT).

Nivel de costo adicional (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 cumplir con 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 a un PCP 360 (proveedor de atención primaria). Las personas participantes reciben un deducible individual más bajo, una cantidad máxima de pago de su bolsillo más baja y costos más bajos de visitas al consultorio, visitas a especialistas y visitas de medicina alternativa (en comparación con aquellos que están inscritos en el plan de seguro médico de Moda que no eligen a 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 OEBB 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 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.

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 Estos planes no ofrecen beneficios fuera de la red. En estos planes, los servicios que se prestan fuera de la red PPO de Delta Dental no se encuentran cubiertos, salvo que se trate de una emergencia dental.

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

Planes dentales de incentivo (planes 1 y 5 y plan dental de incentivo PPO exclusivo 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 el pago 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 a un PCP 360 (proveedor de atención primaria). Si una persona inscrita en el plan de seguro médico de Moda no elige un PCP 360, recibe un beneficio de "atención de salud no coordinada" que incluye un deducible más alto, un monto máximo de pago más alto de su bolsillo y costos más altos por visitas al consultorio, visitas con especialistas y visitas de medicina alternativa (en comparación con aquellos que eligieron 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 mejores beneficios al elegir a un PCP 360. Use la herramienta en línea "Find Care" (Encuentre 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 periodo anual de inscripción abierta. Para obtener una lista completa de los cambios calificados de condición, visite nuestro sitio web a fin de ver la matriz completa: **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 de 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 NW. Con este beneficio, usted paga un coseguro del 20 por ciento de la tarifa actual cobrada por el proveedor, el establecimiento o el proveedor (la participación en el costo está sujeta al deducible del plan médico 3). 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 de venta con receta por año. Puede encontrar más información en **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 OEBB debe actualizar la dirección del dependiente en el sistema de MyOEBB 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 26 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; First Health) 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 de asesores de Moda Health 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.

Plan de la vista de Moda
Los afiliados de servicios de 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.

Planes PPO exclusivos de Moda/Delta Dental (red PPO de Delta Dental)
Los afiliados inscritos en el plan PPO exclusivo de Delta Dental o en el plan de incentivo PPO 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 de servicio al cliente de Delta Dental llamando al 866-923-0410.

Para encontrar un proveedor de Delta Dental, use "Find Care" (Encuentre 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 de 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**.

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 de 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 OEBB.
- Ningún dependiente elegible al que se le retire la cobertura puede volver a incorporarse a menos de 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 de Medicare, cualquier dependiente elegible que actualmente esté inscrito puede continuar la cobertura de OEBB hasta que ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad o adquiera la elegibilidad de Medicare.
- La única excepción a esta regla es la siguiente: si el jubilado de manera anticipada o el dependiente elegible adquiere elegibilidad para 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 después de la elegibilidad de 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 **(shiba.oregon.gov)** 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

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.** Se debe agregar a cada dependiente a cada plan (médico, dental, de la vista, etc.) si desea que estén cubiertos.
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**
5. **Antes de que rechace una cobertura dental para usted o para un dependiente, tenga en cuenta el periodo 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 ayudarle durante esos días. Decida cuanto antes, inscríbase pronto.

Recargo por cobertura doble

La legislatura del estado de Oregon exige que se cobre un recargo por cobertura doble de la OEBB/PEBB.

- Solo corresponde a la cobertura médica doble de suscriptores de la OEBB/OEBB, PEBB/PEBB and OEBB/PEBB
- Solo se cobra a empleados ACTIVOS (no a jubilados de manera anticipada ni afiliados de COBRA)
- Solo se cobra a empleados de tiempo completo (no de tiempo parcial)
- Un solo recargo de $5 por mes (incluso si la cobertura doble afecta a más de un dependiente)
- Afecta principalmente a los cónyuges/las parejas con cobertura doble
- Los hijos no se encuentran incluidos, a menos que también sean suscriptores de OEBB o PEBB (si por su trabajo son elegibles para recibir beneficios de OEBB/PEBB)

¿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
ibhsolutions.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 la 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 de salud 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.

Los proveedores son los profesionales (médicos, dentistas, especialistas, etc.) 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.

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

Visite **OEBBwellness.com** para obtener más información

Beneficios médicos/para medicamentos de venta con receta

oebb
Oregon Educators Benefit Board

KAISER PERMANENTE®

Atención centrada en usted

La atención en Kaiser Permanente no es uniforme para todos. Nuestros equipos dirigidos por médicos trabajan en conjunto para asegurarnos de que la atención que reciba se encuentre adaptada a sus necesidades. El equipo de atención forma parte de la misma red, lo cual facilita la comunicación de la información, la visualización de su historial médico y la prestación de atención personalizada de alta calidad, cuando y donde la necesite.

Su lugar de salud debe reflejar quién es usted

Creemos que su historia, sus antecedentes y sus valores son tan importantes como su historial médico. Para poder prestar atención que sea sensible a todas las culturas, etnias y estilos de vida, hacemos lo siguiente:

- Contratamos médicos y personal que hablen más de un idioma.
- Ofrecemos servicios de interpretación por teléfono en más de 150 idiomas.
- Mejores resultados de salud entre poblaciones diversas en cuanto a afecciones tales como presión arterial alta, diabetes y cáncer de colon*

Reciba atención coordinada con la ayuda de su registro médico electrónico

Comparta su historial médico y toda inquietud con su médico de cabecera.

El médico coordina la atención, de modo que no tenga que preocuparse por dónde ir ni con quién comunicarse.

Los futuros equipos de atención cuentan con un panorama completo de su historial médico, sin que usted deba repetir su historia.

Con los registros médicos en su poder, el equipo de atención conoce sus necesidades en el momento y le recuerda que debe programar controles y pruebas. Además, puede visualizar los registros las 24 horas, los 7 días de la semana.

*Kaiser Permanente mejoró el control de la presión arterial en los afiliados negros/afroestadounidenses con hipertensión, incrementó los índices de exámenes de cáncer colorrectal en los afiliados hispanos/latinos y mejoró el control del azúcar en sangre en los afiliados con diabetes. Los datos informados por el afiliado sobre raza y etnia se registran en Kaiser Permanente HealthConnect®, y las medidas de HEDIS® se actualizan de manera trimestral en el almacén de datos interregional CORE.

KAISER PERMANENTE®

Con tecnología de un sistema conectado

Los modos en que las personas trabajan, juegan o permanecen conectadas con los demás cambian constantemente, pero un elemento es constante: su necesidad de atención de calidad. Es por eso que siempre nos adaptamos para asegurarnos de que reciba atención de un modo que le resulte conveniente.

Donde se encuentre

Cuando esté en su hogar o mientras viaje, hable con el equipo de cuidadores por correo electrónico, video y teléfono.[1,2]

Donde lo desee

Obtenga asesoramiento de confianza para la atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana de un profesional médico de Kaiser Permanente.

Al alcance de su mano

Utilice la aplicación de Kaiser Permanente para surtir recetas que se le entregarán o que podrá recoger el mismo día.[2,3,4]

En un solo lugar

Haga todo en un solo lugar: médicos, laboratorios y farmacias se encuentran todos convenientemente situados bajo el mismo techo en la mayoría de los establecimientos.

La telesalud se cubre sin ningún costo adicional[5]

La telesalud no es un complemento en Kaiser Permanente, ha sido parte de la forma en que hemos brindado atención durante años. Es por eso que fue más sencillo para nuestros afiliados conectarse con los médicos y los equipos de atención de manera virtual desde el comienzo de la pandemia. Si bien los pacientes de todo el país consultaron al médico con menos frecuencia en 2020, nuestros afiliados tuvieron 15 millones más de citas de atención médica.[6]

[1]Cuando corresponda y se encuentre disponible. Si sale del estado, es posible que las visitas por video y las citas telefónicas no estén disponible a raíz de leyes estatales que podrían evitar que los médicos le brinden atención más allá de las fronteras estatales. Las leyes son diferentes según el estado.

[2]Estas opciones están disponibles cuando recibe atención en los establecimientos de Kaiser Permanente.

[3]Para utilizar la aplicación de Kaiser Permanente, debe registrarse como miembro de Kaiser Permanente en kp.org.

[4]Disponible para la mayoría de los pedidos de recetas; pueden regir tarifas adicionales.

[5]Los planes de salud con deducibles elevados pueden requerir un copago o un coseguro para las citas telefónicas o las visitas por video.

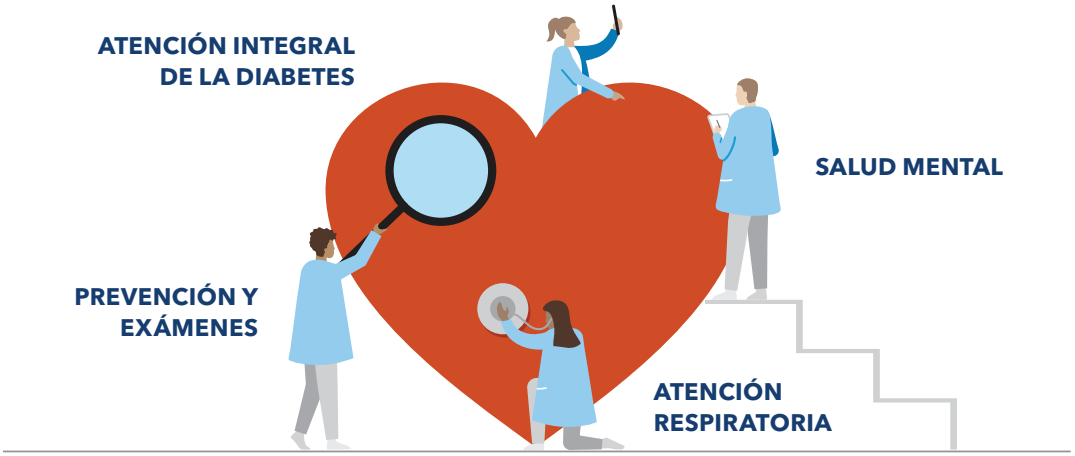
[6]Panel informativo sobre telesalud de Kaiser Permanente.

KAISER PERMANENTE®

Calidad clínica líder en la industria

Somos reconocidos por detectar problemas en etapas tempranas a través de la atención preventiva. Sin embargo, si su salud necesita atención por tratarse de un caso grave, nuestra atención especializada lo mantiene cubierto.

En 2020 Kaiser Permanente fue líder en el país al obtener los mejores puntajes en 34 medidas de eficacia de la atención.*



Atención especializada cuando la necesite

Independientemente de sus necesidades (salud mental, maternidad, atención para el cáncer, salud cardiológica y más), tendrá acceso a médicos sumamente capacitados, la tecnología más reciente y atención en función de la evidencia para ayudarlo a recuperarse con rapidez.

Enfoque integral en la atención

Gracias a que contamos con uno de los grupos médicos multidisciplinarios más grandes del país, podemos conectarlo con el especialista adecuado, quien puede elaborar un plan personalizado para su atención. Para conocer de qué modo nuestros especialistas trabajan en conjunto en un sistema conectado, visite **kp.org/specialtycare**.

Asistencia para afecciones permanentes

Si padece una afección como la diabetes o una cardiopatía, automáticamente se lo inscribe en un programa de manejo de la enfermedad para que reciba asistencia y orientación personal. Con un enfoque completo respaldado por tecnología de avanzada y mejores prácticas comprobadas, lo ayudaremos a que reciba la atención que necesita para seguir viviendo la vida al máximo.

*Puntajes 2020 de HEDIS® de Kaiser Permanente. Las referencias fueron proporcionadas por Quality Compass® del Comité Nacional de Garantía de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) y representan todas las áreas de negocios. Los puntajes regionales combinados de Kaiser Permanente fueron proporcionados por el Departamento de Calidad de Servicio y Atención de Kaiser Permanente. La fuente de los datos que figuran en esta publicación es Quality Compass 2020 y se emplea con el permiso del NCQA. Quality Compass 2020 incluye determinados datos de la CAHPS. Toda exhibición, análisis, interpretación de datos o conclusión respecto de ellos pertenece exclusivamente a los autores y el NCQA específicamente renuncia a todo tipo de responsabilidad en cuanto a dicha exhibición, análisis, interpretación o conclusión. Quality Compass® y HEDIS® son marcas comerciales registradas del NCQA. CAHPS® es una marca comercial registrada de la Agencia para la Calidad y la Investigación de la Atención de la Salud.

KAISER PERMANENTE®

Modos convenientes para obtener lo que necesita

Más que nunca tiene más opciones para recibir atención, de modo que puede ser más sencillo mantenerse al día con su salud.

Atención presencial

Visite al médico para recibir atención de rutina o cuando no se sienta bien. Ofrecemos servicios el mismo día, al día siguiente, después del horario de atención y durante los fines de semana en muchas de nuestras ubicaciones.[1] Hágase un análisis de laboratorio y recoja recetas en un mismo viaje; muchos servicios se ofrecen en un único lugar.

Citas telefónicas o por video

Programe una cita telefónica o una visita por video individual con el equipo de atención y cualquier especialista al cual lo hayan remitido.[2,3]

Correo electrónico

Envíe un mensaje al consultorio del médico de Kaiser Permanente si tiene preguntas que no sean urgentes y habitualmente obtendrá una respuesta en el plazo de 2 días hábiles.

Entrega de medicamentos de venta con receta

Solicite el reabastecimiento de recetas a través de nuestra aplicación o bien en kp.org, y recíbalas en su hogar.[3,4,5]

Asesoramiento durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Reciba asistencia a pedido con asesoramiento telefónico para la atención durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Visita virtual

Utilice nuestro verificador en línea de síntomas para obtener asesoramiento personalizado en unas pocas horas.

Atención lejos de casa

Cuenta con cobertura en caso de necesitar atención urgente y de emergencia en cualquier parte del mundo. También puede recibir atención urgente en una MinuteClinic (en tiendas CVS y Target seleccionadas) o en el centro de atención urgente Concentra, cuando se encuentre fuera del área de Kaiser Permanente.

[1]En caso de una pandemia, es posible que algunos establecimientos estén cerrados u ofrezcan horarios y servicios limitados.

[2]Cuando corresponda y se encuentre disponible. Si sale del estado, es posible que las visitas por video y las citas telefónicas no estén disponible a raíz de leyes estatales que podrían evitar que los médicos le brinden atención más allá de las fronteras estatales. Las leyes son diferentes según el estado.

[3]Estas opciones están disponibles cuando recibe atención en los establecimientos de Kaiser Permanente.

[4]Para utilizar la aplicación de Kaiser Permanente, debe registrarse como afiliado de Kaiser Permanente en kp.org.

[5]Disponible para la mayoría de los pedidos de recetas; pueden regir tarifas adicionales.

KAISER PERMANENTE®

Aprovechar al máximo su membresía

La buena salud va más allá del consultorio del médico. Encuentre su lugar de salud explorando algunas de las convenientes opciones a disposición de los afiliados.[1] Muchos de estos recursos se ofrecen sin costo adicional.

Aplicación de Kaiser Permanente

Administre su salud las 24 horas, los 7 días de la semana; programe citas, envíe mensajes de correo electrónico al consultorio del médico en caso de preguntas que no sean urgentes, solicite el reabastecimiento de medicamentos de venta con receta, vea la mayoría de los resultados de las pruebas, lea las notas de su médico y más.[2,3]

Acupuntura, masoterapia y atención quiropráctica

Obtenga descuentos en atención con terapias alternativas de proveedores que pertenezcan a la red de CHP Group. Visite **chpgroup.com** para obtener más información y buscar un proveedor.

Tarifas reducidas para membresías de gimnasios

Manténgase activo asistiendo a un centro local de acondicionamiento físico y disfrute de miles de videos de entrenamiento digitales.

Programas de estilo de vida saludable

Conéctese con su salud a través de programas en línea que lo ayudarán a perder peso, dejar de fumar, reducir el estrés y más.

Orientación para el bienestar

Obtenga ayuda para alcanzar sus metas de salud trabajando de manera individual con un capacitador en bienestar de forma telefónica.

Mayor cantidad de modos para poder mejorar su salud integral[4]

Calm

Use la meditación y la atención plena (mindfulness) para generar resiliencia mental, reducir el estrés y mejorar el sueño.

myStrength

Establezca metas de salud mental, realice un seguimiento de su avance y obtenga ayuda para controlar la depresión, la ansiedad y más.

CLASSPASS

Elija a partir de miles de videos de entrenamiento a pedido y obtenga tarifas reducidas en clases presenciales y a través de transmisiones en vivo.

[1]Estos servicios no se encuentran cubiertos por los beneficios de su plan de salud y no están sujetos a los términos establecidos en la *Evidencia de cobertura* ni otro documento del plan. Los servicios pueden suspenderse en cualquier momento sin aviso previo.

[2]Estas opciones están disponibles cuando recibe atención en los establecimientos de Kaiser Permanente.

[3]Para utilizar la aplicación de Kaiser Permanente, debe registrarse como miembro de Kaiser Permanente en kp.org.

[4]Solo disponible para los afiliados de Kaiser Permanente con cobertura médica; myStrength® es una subsidiaria de propiedad absoluta de Livongo Health, Inc.

Beneficios médicos/para medicamentos de venta con receta

KAISER PERMANENTE®

Beneficios de planes médicos de 2021-2022	Plan 1	Plan 2A (antes conocido como plan 2)	NUEVO: Plan 2B	Plan 3
Deducible para el año del plan	Ninguno	$800/individual[1] $2,400/familiar[2]	$1,200/individual[1] $3,600/familiar[2]	$1,600/individual[1] $3,200/familiar[2]
Monto máximo de bolsillo para el año del plan	$1,500/individual[1] $3,000/familiar[2]	$4,000/individual[1] $12,000/familiar[2]	$4,500/individual[1] $13,500/familiar[2]	$6,550/individual[1] $13,100/familiar[2]
Servicios de atención preventiva	$0	$0	$0	$0
Atención prenatal	$0	$0	$0	$0
Visitas de chequeos para el bebé sano de rutina	$0	$0	$0	$0
Pruebas preventivas	$0	$0	$0	$0
Copago de visita al consultorio	$20	$25	$30	20 % después del deducible
Copago del especialista	$30	$35	$40	20 % después del deducible
Atención virtual	$0	$0	$0	0 % después del deducible
Cirugía ambulatoria	$75	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Copago por visita a la sala de emergencias	$100	20 % después del deducible	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	20 % después del deducible
Laboratorio/radiografía/ pruebas diagnósticas	$20	$25	$30	20 % después del deducible
Medicamentos de venta con receta: 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 medicamento de 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 medicamento de 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 medicamento de especialidad	20 % después del deducible
Atención alternativa sin remisión: servicios de quiropraxia, naturopatía 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	$30 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

[1]Cobertura por año para el suscriptor solamente.

[2]Por año para una familia de 2 o más miembros.

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 el *Manual del afiliado*, también conocido como *Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC),* o llame a la línea de Servicios para afiliados. En el caso de que haya una discrepancia entre este resumen y la *Evidencia de cobertura (EOC),* prevalecerá la información en la *EOC*.

moda HEALTH

Cobertura asequible y de alta calidad a un ***precio excelente***.

Durante más de 10 años, Moda Health y Delta Dental 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, el sudoeste de Washington, Idaho y Carolina del Norte.
- Beneficios sólidos que cubren la atención que usted necesite.
- Beneficios médicos, de farmacia, de la vista y dentales de un socio de salud.
- Atención coordinada basada en equipos y centrada en usted.
- Asistencia para ayudarlo 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 se ofrece 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 26,000 proveedores en Oregon, Washington y Idaho.
- Beneficios dentro de la red y fuera de la red.

Atención coordinada

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

Si usted y/o los miembros de su familia eligen la atención de salud coordinada, debe elegir 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 deducible más bajo
- Un monto máximo más bajo de pago de su bolsillo
- 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 remisiones.

También puede participar en la atención coordinada en cualquier momento durante el año. Recibirá mejores beneficios de atención coordinada el primer día del mes en el que realice la elección en Moda.

moda HEALTH

Cómo elegir un *PCP 360*

Los afiliados pueden elegir a su PCP 360 de una de dos maneras:

Comuníquese con los asesores de salud de Moda 360, llamando al **866-923-0409** o enviando un mensaje de correo electrónico a **OEBBquestions@modahealth.com**. También puede enviarles un mensaje instantáneo a través del panel para afiliados

Inicie sesión en el panel para afiliados en **modahealth.com/oebb**

Usted y cada uno de sus familiares con cobertura pueden elegir al mismo PCP 360 o a diferentes, eso depende de ustedes.

Además, puede encontrar un directorio de los PCP 360 dentro de la red en el panel para afiliados en "Find Care" (Encuentre atención) o poniéndose en contacto con el equipo de asesores de salud para obtener ayuda.

360 **Los proveedores PCP 360 que aparecen en "Find Care" (Encuentre atención) estarán identificados con el icono que se muestra aquí.**

Si usted y/o su familia ya participan de la atención coordinada y han seleccionado un PCP 360, permanecerá en el nivel de beneficio de atención coordinada y no tendrá que volver a elegir un PCP 360. Si usted recibe atención coordinada y cambiará los planes de Moda, también permanecerá en el nivel de beneficios de atención coordinada y no tendrá que volver a elegir un PCP 360.

Los nuevos afiliados que se inscriban en un plan de Moda recibirán un paquete de bienvenida y la tarjeta de identificación por separado con instrucciones para crear su panel para afiliados y elegir el PCP 360 o llamar al equipo de asesores de salud.

moda HEALTH

Con Moda 360, el mundo de la 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 asistencia para el afiliado.

Funciona de la siguiente manera

Cada vez que se comunica con Moda Health, se lo transferirá a un asesor de salud de Moda 360. El asesor de salud no solo responderá las preguntas que pudiera tener, sino que también servirá como guía para vincularlo con la atención, los recursos y los programas que funcionarán de manera más adecuada para usted.

Los asesores de salud de Moda 360 pueden ayudarlo con lo siguiente:

- Acceso a asistencia personalizada para muchas afecciones crónicas
- Coordinación con su PCP
- Acceso a CirrusMD, una opción nacional de telesalud disponible las 24 horas, los 7 días de la semana
- Acceso a Meru Health, una aplicación digital que brinda asistencia con la salud del comportamiento
- Solución personalizada basada en una aplicación para ayudarlo con la diabetes. La solución es específica del afiliado y brinda asistencia para el control de la diabetes a fin de lograr una mejor salud general.

Asistencia especializada con la salud del comportamiento

Ahora usted puede recibir terapia en su Smartphone a través de nuestro socio: **Meru Health**. Este programa en línea es totalmente confidencial y brinda un programa de tratamiento de 12 semanas para ayudarlo con la depresión, la ansiedad y el agotamiento.

El programa ofrece lo siguiente:

- Acceso confidencial a un terapeuta y psiquiatra personal con licencia
- 12 semanas de contenido para su empoderamiento
- Asistencia anónima de pares
- Un dispositivo de biorretroalimentación para aumentar el enfoque y controlar el estrés
- Prácticas de atención plena para equilibrar el estado de ánimo y la energía
- Actividades para la modificación de hábitos enfocadas en el sueño, la nutrición y más, a las que puede obtener acceso en cualquier momento y cualquier lugar

El programa de Moda Health se encuentra disponible para afiliados calificados de Moda Health que tengan más de 18 años de edad y se encuentren en Oregon, Washington o Idaho. Meru Health facturará la llamada de evaluación inicial con la misma participación en los costos (sujeta a cualquier deducible) que una visita de atención virtual dentro de la red para salud mental. Aceptan cuentas de FSA/HSA para cubrir el costo del copago inicial. La llamada de evaluación inicial es la participación estándar del costo para salud mental (que puede estar sujeta al deducible). Después de eso, el programa se encuentra disponible de manera gratuita.

Para registrarse, visite modahealth.com/meru

Meru Health

moda HEALTH

Envíe un mensaje de texto a un médico

Disfrute de acceso rápido y privado a un médico especializado en menos de un minuto. Utilice la aplicación CirrusMD en caso de tener preguntas de salud o necesitar asesoramiento. Ya sea que tenga una pregunta sobre la COVID-19, necesite una receta para un inhalador, tenga goteo nasal, etc., los médicos se encuentran disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana para ayudarlo **sin ninguna participación en el costo para los afiliados.**

Con la aplicación CirrusMD, todo lo que necesita es acceso a Internet para lo siguiente:

- Realizar una pregunta urgente o de salud general
- Enviar un mensaje, compartir fotografías o realizar una videollamada
- Lograr tranquilizarse, incluso a las 2 a. m.
- Revisar conversaciones o realizar un seguimiento con la frecuencia que desee

Para comenzar a utilizar CirrusMD, descargue la aplicación y regístrese con su fecha de nacimiento y código postal. Abra la aplicación y hable con un médico, como si le enviara un mensaje de texto a un amigo.

Para obtener más detalles, visite cirrusmd.com/modahealth

CIRRUS MD

moda HEALTH

Permita que un asesor de salud ***lo guíe***

Los asesores de salud de Moda 360 comprenden el sistema de atención médica. También conocen sus beneficios y cómo funcionan, al igual que todos los programas, servicios y herramientas que tiene a su disposición.

Puede comunicarse con un asesor de salud si necesita ayuda para lo siguiente:

Programación de asistencia

Un asesor de salud puede ayudarlo a encontrar especialistas y proveedores dentro de la red. También puede ayudarlo a programar citas.

Programas de atención

Contamos con muchos recursos para ayudar a los afiliados con determinadas afecciones o inquietudes. Un asesor de salud puede ayudar a vincularlo con programas que simplemente sean adecuados para usted.

Autorización previa

Algunos servicios médicos requieren aprobación previa. Un asesor de salud puede ayudarlos a usted y a su proveedor durante este proceso y asistirlo en caso de tener preguntas.

Selección de un PCP 360

Un PCP 360 es un proveedor de atención primaria que ha aceptado colaborar con usted y ser responsable de su salud. Presta atención completa y coordinará con otros proveedores según sea necesario. Un asesor de salud puede ayudarlo a buscar y seleccionar un PCP 360 para recibir los siguientes beneficios mejorados:

- Un deducible individual más bajo
- Un monto máximo más bajo de pago de su bolsillo
- Costos más bajos para las visitas al consultorio, visitas con especialistas y visitas a proveedores de medicina alternativa

Asistencia con reclamos y facturación de proveedores

¿Tiene preguntas sobre un reclamo o una factura que haya recibido de su proveedor? Un asesor de salud responderá sus preguntas e incluso puede trabajar con el proveedor para resolver problemas.

moda HEALTH

NEW!

Mejor en conjunto; Moda 360 integra la atención médica y dental

Permita que un asesor de salud de Moda 360 lo oriente para obtener atención médica y dental.

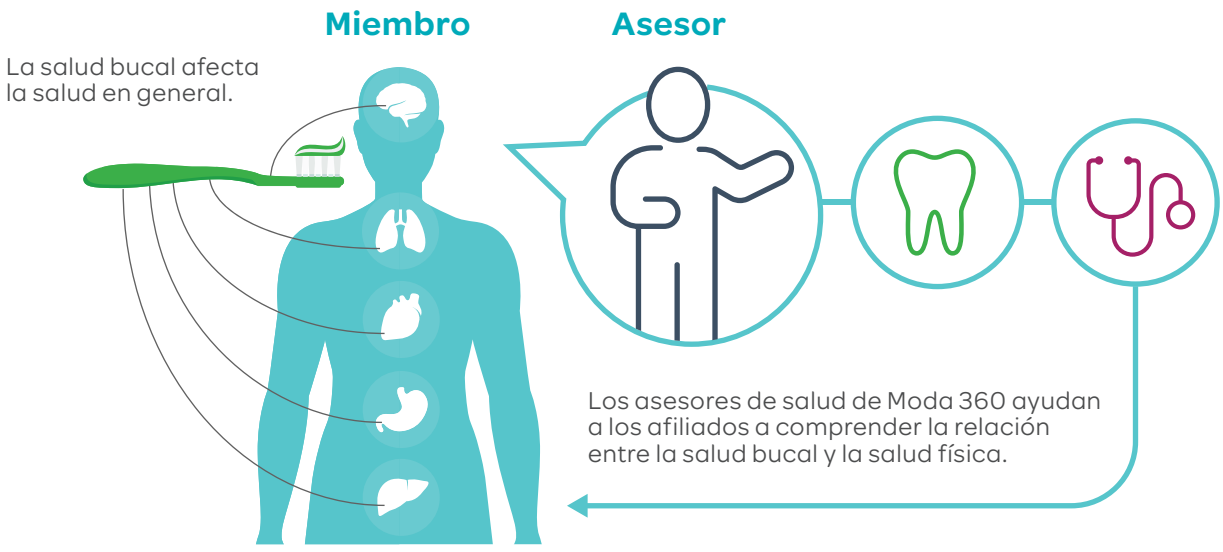
¿Por qué la atención médica y dental es mejor en conjunto?

La salud bucal afecta la salud en general. De hecho, se ha relacionado a la enfermedad de las encías con lo siguiente:

- Diabetes
- Cardiopatía coronaria (acumulación de placas en las paredes de las arterias que suministran sangre al corazón)
- Enfermedad cerebrovascular (afecciones que pueden impactar en el flujo de sangre al cerebro)

Con la atención médica y dental integrada de Moda 360, usted recibe un control integral de las enfermedades, formación y todo lo que necesita para cuidar todo su cuerpo.

Los afiliados que poseen un plan médico de Moda Health y un plan de Delta Dental ahora gozarán de la integración médica y dental. Esto significa que un asesor de salud lo ayudará en caso de tener preguntas y lo vinculará con los programas, los servicios y las herramientas médicas y dentales que le resultarán más adecuadas.

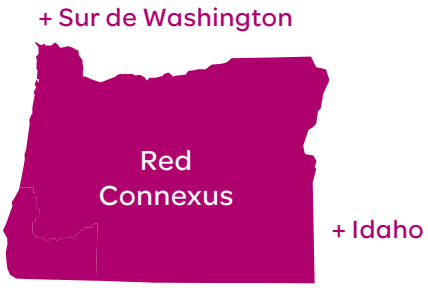


Salud bucal = ***salud total***

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 usan la Red Connexus

Cada plan de seguro médico viene con nuestra red de proveedores Connexus. Con 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 deben utilizar el PCP 360 elegido cuando se encuentren en su hogar para seguir recibiendo beneficios mejorados. Actualice la dirección fuera del área en el sistema 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" cuando obtengan la atención de un proveedor de atención primaria que no sea el PCP 360 que hayan elegido.

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.

Conéctese con el servicio de atención médica en todo el estado

Cuando desee una selección amplia de proveedores en todas partes de Oregon, el Sudoeste de Washington, Idaho y Carolina del Norte, la red Connexus le brindará cobertura. Encontrará médicos y especialistas dentro de la red prácticamente en todas partes.

¿Está su proveedor en la red?

Averígüelo a través de modahealth.com y use "Find care" (Encuentre atención), el directorio de proveedores en línea de Moda. Simplemente seleccione la opción de red correspondiente y busque proveedores cercanos a su domicilio.

Viaje con la mente en paz

Cuando salga de viaje, nunca tendrá atención lejos. Mientras esté de viaje fuera del área de servicio de la red, puede utilizar la red de viaje First Health para recibir atención urgente y de emergencia con el nivel de beneficios que pagaría dentro de la red. Viajar con la finalidad de buscar atención médica no estará cubierto en el nivel de beneficios que pagaría dentro de la red y se le puede facturar el saldo.

moda HEALTH

Ahorre mejor con una ***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 de venta con receta

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 de venta con receta

moda HEALTH

oebb

Tabla de beneficios de los planes médicos 2021-2022

	Plan Médico 1 Red Connexus[5]	
	Atención coordinada	La atención de salud no coordinada
	Dentro de la red, usted paga	Dentro de la red, usted paga
Costos del plan por año		
Deducible por persona / familia	**$400** / $1,500	**$500** / $1,500
Monto máximo de gastos de bolsillo por persona	**$2,850**	**$3,250**
Monto máximo de gastos de bolsillo 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
Atención preventiva		
Visitas al consultorio de incentivo (para asma, afecciones cardíacas, colesterol, presión arterial alta, diabetes)	**$15 de copago[1,7]**	**20 %**
Exámenes de salud periódicos, exámenes de rutina para mujeres, evaluación anual de obesidad, inmunizaciones[3]	$0[1]	$0[1]
Servicios profesionales		
Visitas de atención primaria	**$20 de copago[1,3]**	**20 %**
Visitas de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado	$40 de copago[1]	N/A
Visitas al consultorio del especialista	**$40 de copago[1]**	**20 %**
Visitas al consultorio de salud mental	$20 de copago[1]	$20 de copago[1]
Servicios para dependencia de sustancias químicas	$20 de copago[1]	$20 de copago[1]
Atención virtual (telesalud de CirrusMD)	$0[1]	$0[1]
Servicios de atención alternativa		
Acupuntura/manipulación quiropráctica (sujeto a un máximo combinado de 12 visitas por año del plan)[6]	**$20 de copago[1]**	**20 %**
Atención médica para mujeres embarazadas		
Servicios de médicos o enfermeras obstétricas/parteras y estadías hospitalarias	20 %	20 %
Servicios para pacientes ambulatorios y servicios hospitalarios		
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]), endoscopía 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, artroscopía de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	$500 de copago + 20 %	$500 de copago + 20 %
Bypass gástrico (en Y de Roux)[4]	$500 de copago + 20 %	$500 de copago + 20 %
Cuidado de emergencia		
Visita de atención de urgencia	**$40 de copago[1]**	**20 %**
Sala de emergencias (el copago se anula en caso de hospitalización)	$100 de copago + 20 %	$100 de copago + 20 %
Ambulancia	20 %	20 %
Otros servicios cubiertos		
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 de venta con receta

oebb

Fuera de la red, usted paga[2]	Plan Médico 2 Red Connexus[5]		
	Atención coordinada	La atención de salud no coordinada	Fuera de la red, usted paga[2]
	Dentro de la red, usted paga	Dentro de la red, usted paga	
$800 / $2,400	**$800** / $2,700	**$900** / $2,700	$1,600 / $4,800
$6,000	**$3,850**	**$4,250**	$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	**$15 de copago**[1,7]	**20 %**	N/A
50 %	$0[1]	$0[1]	50 %
50 %	**$20 de copago**[1,3]	**20 %**	50 %
50 %	$40 de copago[1]	N/A	50 %
50 %	**$40 de copago**[1]	**20 %**	50 %
50 %	$20 de copago[1]	$20 de copago[1]	50 %
50 %	$20 de copago[1]	$20 de copago[1]	50 %
N/A	$0[1]	$0[1]	N/A
50 %	**$20 de copago**[1]	**20 %**	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 %	**$40 de copago**[1]	**20 %**	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 %

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 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 inscrito en un plan de seguro médico de Moda, cada individuo debe seleccionar y usar un PCP 360 de Moda para que ese individuo reciba los beneficios mejorados "coordinados" que aparecen en la columna izquierda bajo ese plan, cuando elija un proveedor de la Red Connexus. Si una persona 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 otros servicios (por ejemplo: exámenes de laboratorio, diagnóstico, imágenes [resonancias magnéticas, 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 de venta con receta se aplican al monto máximo de costo compartido.

Para conocer las limitaciones y exclusiones, visite modahealth.com/oebb/members y consulte su Manual del afiliado.

Beneficios médicos/para medicamentos de venta con receta

oebb

moda HEALTH

Tabla de beneficios de los planes médicos 2021-2022

	Plan Médico 3 Red Connexus [5]	
	Atención coordinada	La atención de salud no coordinada
	Dentro de la red, usted paga	Dentro de la red, usted paga
Costos del plan por año		
Deducible por persona / familia	**$1,200** / $3,900	**$1,300** / $3,900
Monto máximo de gastos de bolsillo por persona	**$4,850**	**$5,250**
Monto máximo de gastos de bolsillo 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
Atención preventiva		
Visitas al consultorio de incentivo (para asma, afecciones cardíacas, colesterol, presión arterial alta, diabetes)	**$20 de copago[1,7]**	**25 %**
Exámenes de salud periódicos, exámenes de rutina para mujeres, evaluación anual de obesidad, inmunizaciones[3]	$0[1]	$0[1]
Servicios profesionales		
Visitas de atención primaria	**$25 de copago[1,3]**	**25 %**
Visitas de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado	$50 de copago[1]	N/A
Visitas al consultorio del especialista	**$50 de copago[1]**	**25 %**
Visitas al consultorio de salud mental	$25 de copago[1]	$25 de copago[1]
Servicios para dependencia de sustancias químicas	$25 de copago[1]	$25 de copago[1]
Atención virtual (telesalud de CirrusMD)	$0[1]	$0[1]
Servicios de atención alternativa		
Acupuntura/manipulación quiropráctica (sujeto a un máximo combinado de 12 visitas por año del plan)[6]	**$25 de copago[1]**	**25 %**
Atención médica para mujeres embarazadas		
Servicios de médicos o enfermeras obstétricas/parteras y estadías hospitalarias	25 %	25 %
Servicios para pacientes ambulatorios y servicios hospitalarios		
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]), endoscopía 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)[4]	$500 de copago + 25 %	$500 de copago + 25 %
Cuidado de emergencia		
Visita de atención de urgencia	**$50 de copago[1]**	**25 %**
Sala de emergencias (el copago se anula en caso de hospitalización)	$100 de copago + 25 %	$100 de copago + 25 %
Ambulancia	25 %	25 %
Otros servicios cubiertos		
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 de venta con receta

oebb

Fuera de la red, usted paga[2]	Plan Médico 4 Red Connexus [5]		
	Atención coordinada	La atención de salud no coordinada	Fuera de la red, usted paga[2]
	Dentro de la red, usted paga	Dentro de la red, usted paga	
$2,400 / $7,200	**$1,600** / $5,100	**$1,700** / $5,100	$3,200 / $9,600
$10,000	**$6,700**	**$7,100**	$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	**$20 de copago**[1]	**25 %**	N/A
50 %	$0[1]	$0[1]	50 %
50 %	**$25 de copago**[1,3]	**25 %**	50 %
50 %	$50 de copago[1]	N/A	50 %
50 %	**$50 de copago**[1]	**25 %**	50 %
50 %	$25 de copago[1]	$25 de copago[1]	50 %
50 %	$25 de copago[1]	$25 de copago[1]	50 %
N/A	$0[1]	$0[1]	N/A
50 %	**$25 de copago**[1]	**25 %**	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 %	**$50 de copago**[1]	**25 %**	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 %

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 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 inscrito en un plan de seguro médico de Moda, cada individuo debe seleccionar y usar un PCP 360 de Moda para que ese individuo reciba los beneficios mejorados "coordinados" que aparecen en la columna izquierda bajo ese plan, cuando elija un proveedor de la Red Connexus. Si una persona 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 otros servicios (por ejemplo: exámenes de laboratorio, diagnóstico, imágenes [resonancias magnéticas, 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 de venta con receta se aplican al monto máximo de costo compartido.

Para conocer las limitaciones y exclusiones, visite modahealth.com/oebb/members y consulte su Manual del afiliado.

Beneficios médicos/para medicamentos de venta con receta

moda HEALTH

oebb

Tabla de beneficios de los planes médicos 2021-2022

	Plan Médico 5 Red Connexus [5]	
	Atención coordinada	La atención de salud no coordinada
	Dentro de la red, usted paga	Dentro de la red, usted paga
Costos del plan por año		
Deducible por persona / familia	**$2,000** / $6,300	**$2,100** / $6,300
Monto máximo de gastos de bolsillo por persona	**$6,800**	**$7,200**
Monto máximo de gastos de bolsillo 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
Atención preventiva		
Visitas al consultorio de incentivo (para asma, afecciones cardíacas, colesterol, presión arterial alta, diabetes)	**$25 de copago[1,7]**	**25 %**
Exámenes de salud periódicos, exámenes de rutina para mujeres, evaluación anual de obesidad, inmunizaciones[3]	$0[1]	$0[1]
Servicios profesionales		
Visitas de atención primaria	**$30 de copago[1,3]**	**25 %**
Visitas de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado	$50 de copago[1]	N/A
Visitas al consultorio del especialista	**$50 de copago[1]**	**25 %**
Visitas al consultorio de salud mental	$30 de copago[1]	$30 de copago[1]
Servicios para dependencia de sustancias químicas	$30 de copago[1]	$30 de copago[1]
Atención virtual (telesalud de CirrusMD)	$0[1]	$0[1]
Servicios de atención alternativa		
Acupuntura/manipulación quiropráctica (sujeto a un máximo combinado de 12 visitas por año del plan)[6]	**$30 de copago[1]**	**25 %**
Atención médica para mujeres embarazadas		
Servicios de médicos o enfermeras obstétricas/parteras y estadías hospitalarias	25 %	25 %
Servicios para pacientes ambulatorios y servicios hospitalarios		
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]), endoscopía 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)[4]	$500 de copago + 25 %	$500 de copago + 25 %
Cuidado de emergencia		
Visita de atención de urgencia	**$50 de copago[1]**	**25 %**
Sala de emergencias (el copago se anula en caso de hospitalización)	$100 de copago + 25 %	$100 de copago + 25 %
Ambulancia	25 %	25 %
Otros servicios cubiertos		
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 de venta con receta

oebb

Fuera de la red, usted paga[2]
$4,000 / $12,600
$13,700
$27,400
N/A
N/A
N/A
50 %
50 %
50 %
50 %
50 %
50 %
N/A
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 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 inscrito en un plan de seguro médico de Moda, cada individuo debe seleccionar y usar un PCP 360 de Moda para que ese individuo reciba los beneficios mejorados "coordinados" que aparecen en la columna izquierda bajo ese plan, cuando elija un proveedor de la Red Connexus. Si una persona 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 otros servicios (por ejemplo: exámenes de laboratorio, diagnóstico, imágenes [resonancias magnéticas, 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 de venta con receta se aplican al monto máximo de costo compartido.

Para conocer las limitaciones y exclusiones, visite modahealth.com/oebb/members y consulte su Manual del afiliado.

Beneficios médicos/para medicamentos de venta con receta

oebb

moda HEALTH

Tabla de beneficios del plan de seguro médico HDHP 2021-2022	Plan Médico 6 de la Red Connexus compatible con HDHP y HSA[9]		
	Atención coordinada	La atención de salud no coordinada	Fuera de la red, usted paga[2]
	Dentro de la red, usted paga	Dentro de la red, usted paga	
Costos del plan por año			
Deducible del plan para el suscripto solamente[3]	**$1,600**	**$1,700**	$3,200
Deducible del plan familiar[4]	$3,400	$3,400	$6,400
Monto máximo de bolsillo del plan individual	**$6,400**	**$6,750**	$13,100
Monto máximo de bolsillo del plan familiar[4]	$13,500	$13,500	$26,200
Atención preventiva			
Visitas al consultorio de incentivo (para asma, afecciones cardíacas, colesterol, presión arterial alta, diabetes)	**15 %[11]**	**20 %**	N/A
Exámenes de salud periódicos, exámenes de rutina para mujeres, evaluación anual de obesidad, inmunizaciones	$0[1]	$0[1]	50 %
Servicios profesionales			
Visitas de atención primaria	**15 %**	**20 %**	50 %
Visitas de atención primaria con un proveedor diferente a su PCP 360 seleccionado	**15 %**	N/A	50 %
Visitas al consultorio del especialista	**15 %**	**20 %**	50 %
Visitas al consultorio de salud mental	**15 %**	**20 %**	50 %
Servicios para dependencia de sustancias químicas	**15 %**	**20 %**	50 %
Atención virtual (telesalud de CirrusMD)	$0[1]	$0[1]	N/A
Servicios de atención alternativa			
Acupuntura/manipulación quiropráctica (sujeto a un máximo combinado de 12 visitas por año del plan)[8]	**20 %**	**25 %**	50 %
Atención médica para mujeres embarazadas			
Servicios de médicos o enfermeras obstétricas/ parteras y estadías hospitalarias	**20 %**	**25 %**	50 %
Servicios para pacientes ambulatorios y servicios hospitalarios			
Atención para pacientes hospitalizados y para pacientes ambulatorios en un hospital/centro	**20 %**	**25 %**	50 %
Atención en un centro de enfermería especializada (60 días por año del plan)	**20 %**	**25 %**	50 %
Cirugía	**20 %**	**25 %**	50 %
estudios del sueño, exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET]), endoscopía superior, inyecciones en la columna, viscosuplementación, amigdalectomías para afiliados menores de 18 años de edad con apnea del sueño o amigdalitis crónica	**20 %**	**25 %**	50 %
cirugía de columna, de reemplazo de rodilla y cadera,[5] artroscopía de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	**20 %**	**25 %**	50 %
Bypass gástrico (en Y de Roux)[6]	**$500 de copago + 20 %**	**$500 de copago + 25 %**	Sin cobertura
Cuidado de emergencia			
Visita de atención de urgencia	**15 %**	**20 %**	25 %
Sala de emergencias	**20 %**	**25 %**	Consulte el manual del plan
Ambulancia	**20 %**	**25 %**	Consulte el manual del plan
Otros servicios cubiertos			
Aparatos auditivos e implantes de aparatos auditivos en el hueso: $4,000 máx./48 meses para los afiliados de 26 años y mayores	**20 %**	**25 %**	50 %
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 %**	**25 %**	50 %
Análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico para pacientes ambulatorios	**20 %**	**25 %**	50 %
Equipo médico duradero	**20 %**	**25 %**	50 %
Cobertura médica principal para medicamentos de venta con receta[7]	**20 %**	**25 %**	25 %
Nivel de valor	$4 por suministro de 31 días[1]	$4 por suministro de 31 días[1]	$4 por suministro de 31 días[1]

Beneficios médicos/para medicamentos de venta con receta

oebb

Plan Médico 7 de la Red Connexus compatible con HDHP y HSA[9]		
Atención coordinada	La atención de salud no coordinada	Fuera de la red, usted paga[2]
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 %[7]	**25 %**	N/A
$0[1]	$0[1]	50 %
20 %	**25 %**	50 %
20 %	N/A	50 %
20 %	**25 %**	50 %
20 %	**25 %**	50 %
20 %	**25 %**	50 %
$0[1]	$0[1]	N/A
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 %**	Consulte el manual del plan
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 %**	50 %
$4 por suministro de 31 días	$4 por suministro de 31 días[1]	$4 por suministro de 31 días[1]

resaltados = beneficios mejorados

1 *No se aplica 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 *El deducible individual se aplica únicamente si el empleado se está inscribiendo en el plan sin ningún otro miembro de su familia.*

4 *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 de bolsillo por año del plan.

5 *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.*

6 *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.*

7 *Se debe aprobar una excepción de la lista de medicamentos aprobados para los medicamentos genéricos de costo elevado y para los medicamentos de venta con receta de marca no preferida.*

8 *Todos los otros servicios (por ejemplo: exámenes de laboratorio, diagnóstico, imágenes [resonancias magnéticas, tomografía computarizada o por emisión de positrones], visitas al consultorio, etc.) estarán sujetos al nivel de beneficio listado para cada servicio otorgado.*

9 *Si está inscrito en un plan de seguro médico de Moda, cada individuo debe seleccionar y usar un PCP 360 de Moda para que ese individuo reciba los beneficios mejorados "coordinados" que aparecen en la columna izquierda bajo ese plan, cuando elija un proveedor de la Red Connexus. Si una persona 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.*

10 *Para recibir el beneficio de un coseguro más bajo, los afiliados deben ver a su PCP 360 seleccionado.*

11 *Los afiliados deben ver a su PCP 360 seleccionado o a los especialistas dentro de la red para recibir el beneficio de coseguro más bajo.*

Para conocer las limitaciones y exclusiones, visite modahealth.com/oebb/members y consulte su Manual del afiliado.

moda HEALTH

Prevea beneficios de farmacia de ***calidad***

La cobertura para medicamentos de venta con receta 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 de venta con receta, puede obtener acceso a una lista de medicamentos aprobados (una lista de fármacos de venta con receta) 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 de farmacia

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

Puede surtir una receta de 90 días para medicamentos de valor, genéricos selectos y preferidos en muchas farmacias participantes.

Para buscar una farmacia dentro de la red y verificar los precios de los medicamentos, inicie sesión en el panel para afiliados y elija “Find Care” (Encuentre atención).

Medicamentos del nivel de valor

Los medicamentos de valor incluyen los productos de venta con receta 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 OEBB 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

Servicios de farmacia especializada Ardon Health

Ardon Health es una farmacia especializada para afiliados de la OEBB. Ardon, con sede en Portland, Oregon, entrega medicamentos especializados de manera gratuita en el hogar del paciente o 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 También puede llamar a la línea gratuita de servicio al cliente de Ardon al 855-425-4085. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

moda HEALTH

oebb

Beneficios de farmacia

	Planes médicos 1-5[4]	Planes médicos 6-7[5, 6]	
	Atención coordinada y no coordinada	Atención coordinada	Atención no coordinada
Valor	$4 por suministro de 31 días[1]	$4 por suministro de 31 días*	$4 por suministro de 31 días*
Genérico selecto	$12 por suministro de 31 días[1]	20 %	25 %
Preferido[2,3]	25 % hasta $75 por suministro de 31 días[1]	20 %	25 %
Marca no preferencial[3]	50 % hasta $175 por suministro de 31 días[1]	20 %	25 %
Por correo postal			
Valor	$8 por suministro de 90 días		
Genérico selecto	$24 por suministro de 90 días	20 %	25 %
Preferido[2,3]	25 % hasta $150 por suministro de 90 días	20 %	25 %
Marca no preferencial[3]	50 % hasta $450 por suministro de 90 días	20 %	25 %
Especialidad			
Genérico	$12 por suministro de 31 días o $36 por suministro de 90 días cuando se permita.	20 %	25 %
Preferido[2,3]	25 % hasta $200 por suministro de 31 días o $400 por suministro de 90 días cuando se permita.	20 %	25 %
Marca no preferencial[3]	50 % hasta $500 por suministro de 31 días o $1,000 por suministro de 90 días cuando se permita.	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 de venta con receta de marca no preferida.

4 Los gastos de farmacia se acumulan hasta alcanzar el monto máximo de participación en los costos.

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

6 Usted debe alcanzar el deducible individual o familiar primero antes de que se paguen gastos de farmacia.

Para conocer las limitaciones y exclusiones, visite modahealth.com/oebb/members y consulte su Manual del afiliado.

Beneficos dentales

oebb
Oregon Educators Benefit Board

Periodo de espera de 12 meses

Si se demora al 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 periodo de inscripción abierta, se considerará que usted o su dependiente se ha "inscrito en forma tardía".

Usted o su dependiente quedará sujeto a un **periodo 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®

Creemos en la salud total, comenzando por una atención bucal y dental de alta calidad. 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 y brindan atención integrada, lo cual le permite estar tranquilo al saber que estamos al tanto de su salud total.

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 30 años, la Asociación de Acreditación de Atención Médica Ambulatoria (Accreditation Association for Ambulatory Health Care, AAAHC) nos ha reconocido de manera independiente como líder en la prestación de atención integral, centrada en el paciente y de alta calidad.* Esto significa que nuestro programa dental ha cumplido con rigurosas 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 de emergencia, comuníquese con el Centro de Citas en cualquier momento, cualquier día.

Cómo obtener atención conveniente

El horario de atención es de lunes a sábado, de 7 a. m. a 6 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 .

*Acreditación permanente de la Asociación de Acreditación de Atención Médica Ambulatoria (AAAHC) desde 1990. Kaiser Permanente Dental es la única sede dental acreditada por la AAAHC en el noroeste y la tercera del país en lograr la acreditación de sede dental. aaahc.org

Beneficios dentales

oebb

KAISER PERMANENTE®

Beneficios de planes dentales de 2021-2022	Plan dental[1]
Copago para visitas a consultorios dentales[2]	$20
NUEVO: Copago de visita al consultorio para atención preventiva	$0
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 [3,4,5]	$0
Extracciones dentales simples[5]	$0
Extracciones dentales quirúrgicas, que incluyen diagnóstico y evaluación[5]	$50
Diagnóstico, evaluación y tratamiento de enfermedades de las encías, que incluyen eliminación del sarro y alisado radicular[5]	$0
Tratamiento de conducto y terapia relacionada, que incluye diagnóstico y evaluación[3]	$50
Coronas de oro o porcelana e incrustaciones "onlay"[5]	$250
Dentaduras postizas completas o parciales, recubrimientos, rebasados[5]	$100
Retenedores del puente y pónticos[5]	$250
Tratamiento de ortodoncia[5]	$2,500 de copago + $20 por visita
Implantes	50 % (límite de 4 de por vida)

[1]Los servicios deben estar proporcionados por un proveedor contratado de Kaiser Permanente para que los beneficios sean pagables. Consulte el *manual del afiliado,* también conocido como la *Evidencia de cobertura (EOC)* para obtener información detallada.
[2]El copago por visita al consultorio se aplica en cada visita, además de todo copago del plan por servicios, salvo en el caso de los servicios preventivos, para los cuales deberá pagar un copago de consultorio de $0.
[3]Los empastes en dientes posteriores se pagan a la tarifa de amalgamas.
[4]Los empastes cuentan con una cobertura del 100 % en el caso de los empastes de amalgamas en los dientes posteriores y los empastes de resina compuesta de color en los dientes delanteros (línea de la sonrisa). Los pacientes pueden solicitar empastes de resina compuesta para los dientes posteriores y pagar tarifas adicionales. Comuníquese directamente con Kaiser Permanente para obtener información sobre las tarifas.
[5]En el caso de los afiliados inscritos en forma tardía, el beneficio quedará sujeto a un periodo 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 el *Manual del afiliado*, también conocido como *Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC),* o llame a la línea de Servicios para afiliados. En el caso de que haya una discrepancia entre este resumen y la *Evidencia de cobertura (EOC)*, prevalecerá la información en la *EOC*.

Para obtener más información acerca de Kaiser Permanente, visite **kp.org.**

Beneficios dentales

oebb

Willamette Dental Group

Durante más de 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 450,000 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 el problema inmediato en cuestión.

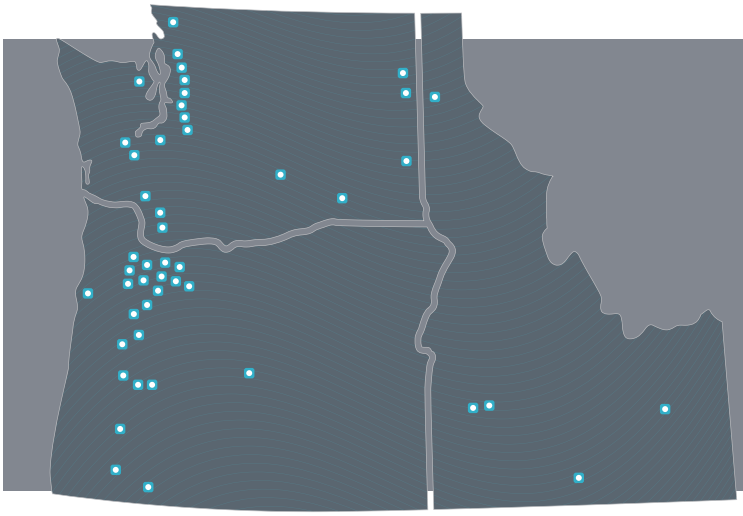
DATOS BREVES

- Sin monto máximo anual[1], sin deducibles
- Servicios cubiertos con copagos bajos predecibles
- Cobertura de ortodoncia asequible para niños y adultos
- El promedio de satisfacción del paciente de la OEBB supera el 96 %
- La mayoría de los consultorios abren de 7 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes, con disponibilidad para programar citas los sábados
- No hay cambios de primas ni copagos para el año del plan 2021/2022

ELÍJANOS COMO SU COLABORADOR HOY MISMO

Practicar la higiene bucal diaria en el hogar y colaborar con el dentista mantiene el cuerpo más saludable. Nuestros dentistas están aquí para ayudarlo. En el caso de los afiliados actuales y nuevos del plan de Willamette Dental, esperamos con ansias comenzar a colaborar con usted. ***Tanto es así que, si todavía no nos ha visitado, lo eximimos del copago en visitas al consultorio cuando realice una cita de paciente nuevo.***

UBICACIONES DE CONSULTORIOS DENTALES CONVENIENTES



Las ubicaciones incluyen:

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

Obtenga más información sobre los proveedores y sus ubicaciones en willamettedental.com/oebb

045-OR91(5/21) Cubierto por Willamette Dental Insurance, Inc.

Beneficios dentales

oebb

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 uno de nuestros consultorios de Willamette Dental con una ubicación conveniente.
Este es un resumen. Consulte el Certificado de cobertura para ver la descripción completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones.

BENEFICIOS CUBIERTOS	COPAGOS
Monto máximo anual	Sin monto máximo anual[1]
Deducible	Sin deducible
Visita al consultorio para atención general o de ortodoncia	Usted paga $20 dólares por consulta[2]
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y PREVENTIVOS	
Exámenes de rutina y de emergencia	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Radiografías	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Limpieza dental	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Tratamiento con flúor	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Selladores (por diente)	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Evaluaciones para cáncer de cabeza y cuello	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Educación para la higiene oral	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Gráfica periodontal	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Evaluación periodontal	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
SERVICIOS DE RESTAURACIÓN DENTAL[3]	
Empastes	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Coronas de porcelana sobre metal	Usted paga $250 de copago[4]
PROSTODONCIA[3]	
Prótesis dental superior o inferior completa	Usted paga $100 de copago[4]
Puente (por diente)	Usted paga $250 de copago[4]
ENDODONCIA Y PERIODONCIA[3]	
Tratamiento endodoncia	Usted paga $50 de copago
Cirugía ósea (por cuadrante)	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Alisado radicular (por cuadrante)	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
CIRUGÍA BUCAL[3]	
Extracción de rutina (un solo diente)	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Extracción quirúrgica	Usted paga $50 de copago
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA[3]	
Tratamiento de preortodoncia	Usted paga $150 de copago[3]
Tratamiento integral de ortodoncia	Usted paga $2,500 de copago
IMPLANTES DENTALES[3]	
Cirugía de implantes dentales	El máximo beneficio de implantes es de $1,500 por año calendario
VARIOS[3]	
Placas oclusales	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Protectores bucales atléticos	Usted paga $100 de copago
Anestesia local	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Tarifas de laboratorio dental	Cubierto con el copago de la visita al consultorio
Óxido nitroso	Usted paga $15 de copago
Consulta con especialista	Usted paga $20 dólares por consulta[2]
Reembolso por atención de emergencia fuera del área	Usted paga los costos superiores a $100

[1]Los beneficios para la cirugía de implante tienen un monto máximo de beneficio. [2]El copago de la visita al consultorio se aplica para cada visita, además de cualquier copago del plan para los servicios. [3]El beneficio está sujeto a un periodo de espera de 12 meses para los afiliados que anteriormente hayan renunciado a la cobertura dental. [4]Las prótesis apoyadas por implantes dentales (coronas, puentes y dentaduras postizas) no son un beneficio cubierto. [5]El copago se acredita al copago del tratamiento integral de ortodoncia si es que el paciente acepta el plan de tratamiento.

oebb

DELTA DENTAL®

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

Con los planes Delta Dental de Oregon, usted tendrá acceso a Delta Dental, las redes dentales más grandes 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.

Mejor en conjunto; Moda 360 integra la atención médica y dental

Ahora, cuando tenga Moda Health y Delta Dental, el equipo de asesores de salud de Moda 360 cubrirá sus necesidades de atención médica y dental.

¿Por qué la atención médica y dental es mejor en conjunto?

La salud bucal afecta la salud en general. De hecho, se ha relacionado a la enfermedad de las encías con lo siguiente:

- Diabetes
- Cardiopatía coronaria (acumulación de placas en las paredes de las arterias que suministran sangre al corazón)
- Enfermedad cerebrovascular (afecciones que pueden impactar en el flujo de sangre al cerebro)

Con la atención médica y dental integrada de Moda 360, usted recibe un control integral de las enfermedades, formación y todo lo que necesita para cuidar todo su cuerpo.

Los afiliados que poseen un plan médico de Moda Health y un plan de Delta Dental ahora gozarán de la integración médica y dental. Esto significa que un asesor de salud lo ayudará en caso de tener preguntas y lo vinculará con los programas, los servicios y las herramientas médicas y dentales que le resultarán más adecuadas.

Beneficios dentales

DELTA DENTAL®

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 los gastos de su bolsillo. Si va a consultas con proveedores que están fuera de la red, es posible que pague más por la atención.

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 PPO 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 1,300 proveedores participantes en Oregon y ofrece acceso a más de 112,000 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 uno de los dos planes PPO exclusivos.

Opciones de planes PPO exclusivos

Las opciones de planes PPO exclusivos usan la red PPO de Delta Dental. Es importante tener en cuenta que los planes PPO exclusivos no pagan los servicios proporcionados por un dentista de Premier ni por un dentista no contratado.

Este nuevo año, Delta Dental ha agregado un plan dental de nivel de incentivo que emplea la misma red PPO que el plan PPO exclusivo. Se denomina Plan de incentivo PPO exclusivo.

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

DELTA DENTAL®

Health through Oral Wellness®

Nuestro programa Health through Oral Wellness (HtOW) ofrece beneficios adicionales para los afiliados con mayor riesgo de sufrir enfermedades bucales. El programa utiliza una evaluación de salud bucal clínica para determinar el riesgo de caries, enfermedades de las encías y cáncer bucal. En función del puntaje de riesgo que obtenga, es posible que reúna los requisitos para limpiezas adicionales, tratamientos con flúor, selladores y mantenimiento periodontal.

Descubra si reúne los requisitos:

1. Visite **modahealth.com/oebb** para obtener más información sobre el programa y realizar una autoevaluación gratuita de riesgo para la salud bucal. Puede elegir compartir los resultados con su dentista para comenzar a hablar al respecto.
2. Hable con su dentista acerca del programa. Si este no se encuentra registrado, solicítele que llame a la línea gratuita de proveedores de Health through Oral Wellness al 844-663-4433. Una vez registrado, puede realizar un examen de riesgo para la salud bucal e informarle si usted reúne los requisitos.

Los afiliados pueden ver qué proveedores actualmente participan en el programa HtOW a través de la insignia verde en "Find Care" (Encuentre atención).

Beneficios dentales

oebb

DELTA DENTAL®

Tabla de beneficios de los planes dentales 2021-2022

¡NUEVO!

	Plan 1[2]	Plan 5[2]	Plan 6[3]	Plan de incentivo PPO exclusivo[3,4]	PPO exclusivo[3,4]
Red	Premier			PPO	PPO
	Dentro de la red, usted paga			Dentro de la red, usted paga	Dentro de la red, usted paga
Costos del plan por año					
Deducible	$50	$50	$50	$50	$50
Beneficio máximo	$2,200	$1,700	$1,200	$2,300	$1,500
Servicios preventivos y de diagnóstico[1]					
Examen y profilaxis/limpiezas (una vez cada seis meses)	30 % - 0 %[2]	30 % - 0 %[2]	0 %	0 %	0 %
Radiografías de mordida (una vez cada 12 meses)	30 % - 0 %[2]	30 % - 0 %[2]	0 %	0 %	0 %
Aplicación tópica de fluoruro (18 años de edad y menores)	30 % - 0 %[2]	30 % - 0 %[2]	0 %	0 %	0 %
Selladores y mantenedores de espacio	30 % - 0 %[2]	30 % - 0 %[2]	0 %	0 %	0 %
Servicios de restauración					
Empastes (dientes posteriores pagados para amalgama)	30 % - 0 %[2]	30 % - 0 %[2]	20 %	30 - 0 %[2]	10 %
Incrustaciones "Inlay" (tarifa de reembolso de amalgama)	30 % - 0 %[2]	30 % - 0 %[2]	20 %	30 - 0 %[2]	10 %
Cirugía bucal y extracciones	30 % - 0 %[2]	30 % - 0 %[2]	20 %	30 - 0 %[2]	10 %
Endodoncia y periodoncia	30 % - 0 %[2]	30 % - 0 %[2]	20 %	30 - 0 %[2]	10 %
Servicios de restauración mayor					
Coronas de oro o porcelana	30 % - 0 %[2]	30 %	50 %	30 - 0 %[2]	20 %
Implantes	30 % - 0 %[2]	50 %	50 %	30 - 0 %[2]	20 %
Incrustaciones "onlay"	30 % - 0 %[2]	30 %	50 %	30 - 0 %[2]	20 %
Servicios de prostodoncia					
Dentaduras postizas completas y parciales	30 % - 0 %[2]	50 %	50 %	30 - 0 %[2]	20 %
Puentes	30 % - 0 %[2]	50 %	50 %	30 - 0 %[2]	20 %
Otros servicios					
Óxido nitroso	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Placas oclusales (protectores nocturnos[5] y protectores bucales atléticos)	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
Servicios de ortodoncia[1,6]					
Máximo de por vida — $1,800	20 %	20 %	N/A	20 %	20 %

1 No se aplica 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 otros 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 y consulte su Manual del afiliado.

Beneficos de la vista

oebb
Oregon Educators Benefit Board

moda HEALTH

Ajustamos todo *en su 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 2021-2022

	Opal	Pearl	Quartz
Beneficio máximo	$600	$400	$250
	Lo que paga usted		
Exámenes oculares (que incluyen refracción) *Frecuencia: una vez por año del plan*	0 %[1]		
Lentes[2] *Frecuencia: lentes de contacto (incluidos lentes de contacto desechables) o un par de lentes para anteojos por año del plan*	0 %[1]		
Marcos/armazones *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.*	0 %[1]		

1 Sujeto al monto máximo de beneficio.
2 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** y consulte su Manual del afiliado.

Beneficios de la vista

KAISER PERMANENTE®

En Vision Essentials de Kaiser Permanente, consideramos la atención de los ojos de manera diferente. La vista sana es más que anteojos y lentes de contacto. Nuestros optómetras y oftalmólogos proporcionan atención integral de los ojos, lo que incluye exámenes oculares de rutina, para ayudar a mantener la vista aguda 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 ubicada en consultorios médicos. Para programar un examen, pedir lentes de contacto o encontrar una ubicación cercana a su domicilio, visite **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 de la vista en Oregon Eye Associates en PeaceHealth Eye Care and Optical Shop.

Para hacer una cita, por favor, contacte a:

Oregon Eye Associates: **541-484-3937** o **1-800-426-3937**

PeaceHealth Eye Care y Optical Shop: **458-205-6257**

Beneficios de la vista

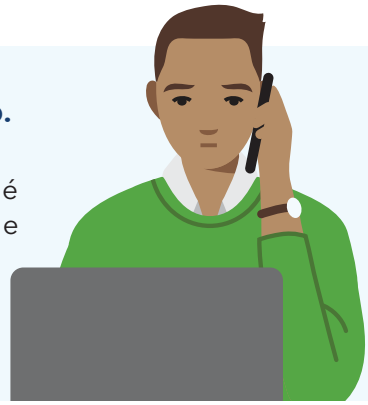
KAISER PERMANENTE®

Beneficios de planes de la vista de 2021-2022; cada 12 meses consecutivos	Plan de la vista*
Examen ocular de rutina	Consulte el resumen del plan médico
Asignación para artículos: marcos/armazones, lentes y lentes de contacto $100 de la asignación anual de $250 pueden utilizarse para anteojos de sol sin receta y/o anteojos digitales de descanso.	$250
Beneficios adicionales	
Plan de protección 50/50	Incluido
Segundo par de anteojos completos	30 % de ahorro

¿Desea hablar con nosotros? Estamos para ayudarlo.

Los Servicios para afiliados de Kaiser Permanente pueden responder sus preguntas, como dónde recibir atención y qué opciones se incluyen. Llame al **1-800-813-2000** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.

Para obtener más información acerca de Kaiser Permanente, visite **kp.org**.



*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 el *Manual del afiliado*, también conocido como *Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC),* o llame a la línea de Servicios para afiliados. En el caso de que haya una discrepancia entre este resumen y la *Evidencia de cobertura (EOC)*, prevalecerá la información en la *EOC*.

Beneficios de la vista

oebb

SUS OJOS TIENEN OPCIONES

¡La inscripción abierta está aquí! ¡Excelentes noticias! Ahora tiene dos planes VSP para elegir que les ofrecen a usted y a su familia la cobertura personalizada que merecen.

La decisión es suya: puede quedarse con el plan VSP® Choice o bien elegir inscribirse en el plan VSP® Choice Plus y obtener una cobertura incluso mayor.

VSP Vision Care | oebb

OBTENGA LO BÁSICO CON EL PLAN VSP CHOICE

Obtenga acceso a una gran red de excepcionales oculistas y a la cobertura que espera con gastos de bolsillo bajos:

- WellVision Exam® anual
- Anteojos o lentes de contacto
- LightCare
- Ofertas y ahorros especiales
- Terapia de la vista

PASE AL PLAN VSP CHOICE PLUS PARA PERSONALIZAR SU COBERTURA DE LA VISTA

Usted y sus ojos son únicos, y su cobertura también debe serlo. Si mejora las prestaciones de su plan, obtendrá todos los aspectos básicos mencionados anteriormente, y muchas cosas más.

CREE SU CUENTA EN VSP.COM*

Inicie sesión para confirmar las ubicaciones dentro de la red. Comuníquese con nosotros llamando al **800.877.7195**.

eyeconic®

Obtenga lentes de contacto, anteojos y anteojos de sol con los beneficios de la vista en eyeconic.com®, el vendedor minorista en línea preferido de VSP.

ESTE ES UN RESUMEN DEL PLAN VSP CHOICE PLUS

- **LightCare**
  Mayor asignación para anteojos de sol sin receta
- **Mayor asignación para marcos/armazones**
  Cubre más de sus marcos/armazones de diseño favoritos
- **Recubrimiento antirreflejante**
  Reduzca el brillo y combata el reflejo
- **Lentes progresivos**
  Vea con claridad a cualquier distancia
- **Terapia de la vista**
  Evaluación totalmente cubierta y 75 % de descuento en sesiones aprobadas de terapia

Consulte el resumen de beneficios para afiliados para conocer los detalles del plan.

* VSP es para miembros de Moda y de Providence únicamente.

Clasificación: Confidencial

Beneficios de la vista

oebb

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

Beneficio	Descripción	Copago
Su cobertura con un proveedor de la red VSP Choice		
WellVision® Exam	• Se centra en sus ojos y en su bienestar general • Revise si su médico de Costco es un proveedor participante antes de hacer una cita. • Cada 12 meses	$10
Anteojos graduados		$20
Marco/ armazón	• Asignación de $350 en marcas destacadas de marcos/armazones • Asignación de $300 en marcos/ armazones • 20 % de ahorro en el monto que esté por encima de su asignación • La asignación de marcos/armazones es equivalente a $165 en Costco®/ Wal-Mart® en función del precio de Costco®/Wal-Mart® • Cada 12 meses	Incluido en anteojos graduados
Lentes	• Lentes monofocales, lentes bifocales con línea y lentes trifocales con línea • Lentes resistentes a golpes para hijos dependientes • Cada 12 meses	Incluidos en Anteojos graduados
Mejoras para los lentes	• Lentes resistentes a golpes • Lentes resistentes a rayones y con recubrimiento contra UV • Recubrimientos antirreflejantes • Lentes progresivos estándar • Lentes progresivos de primera calidad/personalizados • Ahorro promedio del 30 % en otras mejoras para los lentes • Cada 12 meses	$0 $0 $15 $0 $15
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	• Asignación de $300 para lentes de contacto • Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación) • 15 % de ahorro en servicios de examen para lentes de contacto • Cada 12 meses	Hasta $60
LightCare	• Asignación de $300 para anteojos de sol sin receta o anteojos con filtro de luz azul sin receta, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados • Cada 12 meses	$20

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

Beneficio	Descripción	Copago
Su cobertura con un proveedor de la red VSP Choice		
WellVision Exam	• Se centra en sus ojos y en su bienestar general • Revise si su médico de Costco es un proveedor participante antes de hacer una cita. • Cada 12 meses	$10
Anteojos graduados		$20
Marco/ armazón	• Asignación de $200 en marcas destacadas de marcos/armazones • Asignación de $150 en marcos/ armazones • 20 % de ahorro en el monto que esté por encima de su asignación • La asignación de marcos/ armazones es equivalente a $80 en Costco/Wal-Mart en función del precio de Costco/Wal-Mart • Cada 12 meses	Incluido en anteojos graduados
Lentes	• Lentes monofocales, lentes bifocales con línea y lentes trifocales con línea • Lentes resistentes a golpes para hijos dependientes • Cada 12 meses	Incluido en anteojos graduados
Mejoras para los lentes	• Lentes resistentes a rayones y con recubrimiento contra UV • Lentes progresivos estándar • Lentes progresivos de primera calidad • Lentes progresivos personalizados • Ahorro promedio del 30 % en otras mejoras para los lentes • Cada 12 meses	$0 $0 $95 a $105 $150 a $175
Lentes de contacto (en vez de anteojos)	• Asignación de $150 para lentes de contacto • Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación) • 15 % de ahorro en servicios de examen para lentes de contacto • Cada 12 meses	Hasta $60
LightCare	• Asignación de $150 para anteojos de sol sin receta o anteojos con filtro de luz azul sin receta, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados • Cada 12 meses	$20

Diabetic Eyecare Plus Program℠	• Prueba de detección para la retina para afiliados con diabetes • Exámenes y servicios adicionales para afiliados con enfermedad ocular causada por la diabetes, glaucoma o degeneración macular relacionada con la edad. Pueden aplicarse limitaciones y coordinación con la cobertura médica. Consulte a su médico de VSP para obtener más información. • Según sea necesario	$0 $20 por examen
Terapia de la vista	• 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. • Según sea necesario	$20
Ahorros adicionales	**Anteojos y anteojos de sol** • $50 adicionales para gastar en marcas destacadas de marcos/armazones. Visite **vsp.com/framebrands** para obtener información detallada. • 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.	
	Prueba de detección para la retina • Copago no mayor de $39 en la prueba de detección de rutina para la retina como una mejora del WellVision Exam.	
	Corrección láser de la vista • 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.	

La cobertura con una cadena minorista podría ser diferente o no aplicarse. Inicie sesión en vsp.com para verificar la elegibilidad de sus beneficios y confirmar las ubicaciones dentro de la red en función de su tipo de plan. VSP únicamente garantiza la cobertura de proveedores de la red de VSP. 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. En el estado de Washington, VSP Vision Care, Inc., es la denominación legal de la corporación a través de la cual opera VSP.

©2021 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. 93358 VCEE
Clasificación: Confidencial

Beneficos opcionales

oebb
Oregon Educators Benefit Board

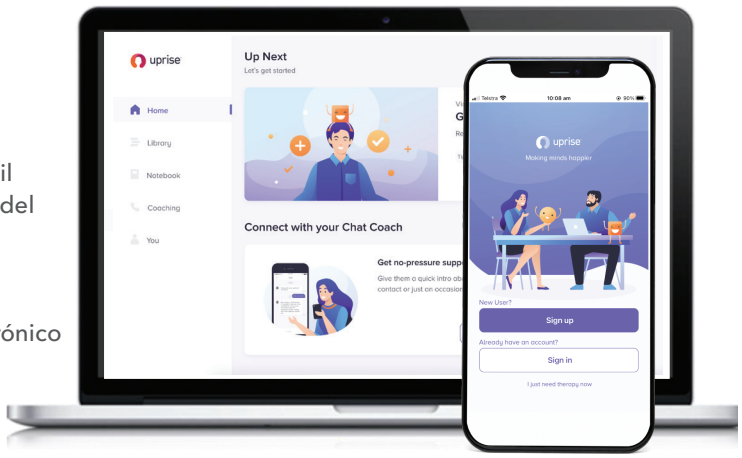
EAP digital con orientación para la salud del comportamiento

Reliant Behavioral Health

La OEBB ofrece un programa de asistencia al empelado (EAP) digital con orientación para la salud del comportamiento a través de Integrated Behavioral Health (IBH). Este es un beneficio gratuito para usted si su empleador ofrece este programa. El EAP le 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 están proporcionados por expertos.

El EAP digital y el programa de orientación para la salud del comportamiento estén diseñados para ayudar a reducir el estrés y mantenerlo saludable.

- Capacitación fraccionada desde su escritorio o aplicación móvil
- Capacitación práctica para desarrollar la resiliencia, el manejo del estrés y el acondicionamiento mental
- Realice la evaluación y verifique su puntaje de bienestar
- Obtenga sus propias recomendaciones personalizadas
- Hasta 4 sesiones con un capacitador por teléfono o chat asincrónico



Asesoramiento confidencial

- Línea telefónica de crisis las 24 horas
- Sesiones de asesoramiento psicológico presenciales, por video o por teléfono
- Chatbot TESS
- Grupos de apoyo de pares
- Consultas en línea

Recursos para equilibrar el trabajo y la vida

- Servicios de remisión para el cuidado de niños/ancianos
- Servicios legales con descuento
- Servicios de orientación financiera
- Servicios de mediación con descuento
- Formularios legales en línea
- Ayuda con la recuperación de identidades robadas

Si su empleador ha seleccionado este beneficio de la OEBB, usted puede tener acceso a los servicios en línea en **ibhsolutions.com/members** o llamando al EAP al 866-750-1327. El código de acceso es OEBB.

RBH Reliant Behavioral Health | An IBH Company

Seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento

Visite el micrositio de la OEBB de The Standard en **standard.com/mybenefits/oebb/** para acceder a información sobre productos, una calculadora de necesidades y nuestra herramienta de asistencia para decisiones, las cuales pueden ayudarlo a evaluar sus necesidades específicas de cobertura.

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 periodo 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/10391d_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 OEBB, su empleador le ofrece una excelente oportunidad para ayudarle 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:
https://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.

Seguro por incapacidad

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 mensual, el periodo de espera en días calendario y la duración de los beneficios dependerán del plan seleccionado por su empleador.
Nota: Si se inscribe después de que se volvió elegible o porque se produjo un evento calificante 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 meses 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/10388d_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 periodo de espera en días calendario dependerán del plan seleccionado por su empleador.

Folleto del seguro por incapacidad a largo plazo:
www.standard.com/eforms/10386d_646595.pdf

Seguro de atención de largo plazo

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**

oebb
Oregon Educators Benefit Board

Cómo comunicarse con la OEBB

Llame a la OEBB al **888.469.6322**
De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Durante la inscripción abierta **del 15 de agosto al 15 de septiembre de 2021**
De lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.

Envíe un correo electrónico a la OEBB a **OEBB.benefits@state.or.us**

Páginas web de la OEBB fáciles de encontrar

OEBBinfo.com Explore la página de inicio de la OEBB

OEBBenroll.com Inscríbase para recibir beneficios de la OEBB

OEBBreminders.com Regístrese para recibir recordatorios por mensaje de texto o correo electrónico

OEBBwebinars.com Regístrese para conocer los próximos seminarios web

OEBBondemand.com Encuentre todo tipo de recursos a pedido, como videos educativos, diapositivas de presentaciones, manuales complementarios de compañías de seguro.

Formatos alternativos
Puede recibir este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Comuníquese con la OEBB al **888.469.6322**