

Resumen de beneficios de la PEBB 2026



Inscripción abierta del 1 al 31 de octubre



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

Comparación resumida de los planes dentales de la PEBB 2026							
Plan dental del proveedor	Kaiser Dental	Delta Dental PPO		Delta Dental Premier ¹	Willamette Dental ⁷	Kaiser Dental	Delta Dental Premier ¹
Situación laboral	Tiempo completo y tiempo parcial	Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial	Tiempo completo y tiempo parcial	Solo tiempo parcial	Solo tiempo parcial
Red	Red Kaiser	Dentro de la red	Fuera de la red	Proveedores participantes	Dentistas de Willamette Dental	Red Kaiser	Proveedores participantes
Deducible: individual/familiar	Ninguno	\$50/\$150	\$50/\$150	\$50/\$150	Ninguno	Ninguno	\$50
Cobertura máxima anual	\$1,750	\$1,750	\$1,750	\$1,750	Sin máximo anual ⁶	\$1,250	\$1,250
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 ²	0% ² , sin deducible	10% ² , sin deducible	0% ² , sin deducible	Cubierto con el copago de la visita al consultorio	\$0 ²	0% ²
Servicios básicos y de mantenimiento	Copago de \$5 + 20 %	20 %, año 1 ⁴ 10 %, año 2 ⁴ 0 %, año 3 ⁴	30 %	20 %	Copago de \$20 por empastes, otros servicios básicos cubiertos con el copago de la visita al consultorio	Copago de \$5 + 50 %	50 %
Coronas	Copago de \$5 + 25 %	50 %	50 %	50 %	Copago de \$250	Copago de \$5 + 50 %	50 %
Implantes	Copago de \$5 + 50 %	50 %	50 %	50 %	\$1,500 por año ⁵	Sin cobertura	Sin cobertura
Dentaduras postizas	Copago de \$5 + 50 %	50 %	50 %	50 %	Copago de \$290	Copago de \$5 + 50 %	50 %
Ortodoncia	Copago de \$5 + 50 %, hasta \$2,500 de por vida ³	50 %, hasta \$1,800 de por vida ³	50 %, hasta \$1,800 de por vida ³	50 %, hasta \$1,800 de por vida ³	Copago de \$2,500	Sin cobertura	Sin cobertura

1. Los miembros pueden utilizar cualquier proveedor con licencia en los planes Premier y recibir el nivel de beneficio dentro de la red. Sin embargo, es posible que los proveedores fuera de la red le emitan una factura por cualquier cantidad que supere la cantidad máxima permitida por el plan.
2. Los servicios preventivos no se acumularán para el máximo del plan.
3. La cobertura máxima de por vida de \$1,500 (Kaiser) y \$1,800 (Delta Dental) es independiente de la cobertura máxima anual de \$1,750.
4. Los pagos de beneficios aumentan en un 10 % cada año del plan siempre que el miembro haya visitado a un proveedor de Delta Dental PPO al menos una vez durante el año del plan.
5. Solo para cirugía de implantes.
6. Los beneficios para cirugía de implante tienen un máximo de beneficio.
7. Se aplica un copago de \$10 para cada visita al consultorio.



Plan básico de Vision Services Plan (VSP)

Beneficio	Descripción	Copago	Frecuencia
WellVision Exam	Se concentra en sus ojos y su bienestar general	\$10	Cada año calendario
Anteojos recetados		\$25	Cada año calendario
Marcos	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de \$150 para una amplia selección de marcos • Asignación de \$170 para marcas de marcos destacadas • Ahorro del 20 % sobre el monto excedente de su asignación • Asignación para marcos de \$150 en Walmart®/Sam's Club® • Asignación para marcos de \$80 en Costco® 	Incluido en anteojos con graduación	Cada año calendario
Lentes	<ul style="list-style-type: none"> • Lentes monofocales, lentes bifocales alineados y lentes trifocales alineados • Lentes resistentes a impactos para hijos dependientes 	Incluido en anteojos con graduación	Cada año calendario
Mejoras para los lentes	<ul style="list-style-type: none"> • Lentes progresivos estándar • Lentes progresivos Premium • Lentes progresivos personalizados • Promedio de ahorro del 40 % en otras mejoras para los lentes 	Estándar: \$0 Prima: \$80–\$90 A medida: \$120–\$160	Cada año calendario
Lentes de contacto (en vez de anteojos)	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de \$200 para lentes de contacto; el copago no se aplica • Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación) • Ahorro del 15 % en el examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación) 	Hasta \$60	Cada año calendario
Lightcare	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de \$150 para anteojos de sol sin graduación listos para usar o anteojos con filtro de luz azul en lugar de anteojos o lentes de contacto con graduación 	\$25	Cada año calendario
Terapia de la visión	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación completamente cubierta y 75 % de descuento en las sesiones de terapia autorizadas, hasta \$750 anuales 	25 % de descuento en las sesiones de terapia autorizadas	Cada 12 meses

Plan VSP Plus (incluye cobertura del plan básico)

Beneficio	Descripción	Copago	Frecuencia
Marcos	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de \$225 para una amplia selección de marcos • Asignación de \$245 para marcas de marcos destacadas • Ahorro del 20 % sobre el monto excedente de su asignación • Asignación para marcos de \$225 en Walmart®/Sam's Club® • Asignación para marcos de \$125 en Costco® 	Incluido en anteojos con graduación	Cada año calendario
Lentes	Recubrimientos antirreflectantes y lentes progresivos prémium y personalizados	Cada uno cubierto en su totalidad después de un copago de \$20	Cada año calendario
	Lentes progresivos estándar	\$0	
Lentes de contacto (en vez de anteojos)	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de \$225 para lentes de contacto; el copago no se aplica • Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación) • Ahorro del 15 % en lentes de contacto (adaptación y evaluación) 	Hasta \$60	Cada año calendario
Lightcare	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de \$225 para anteojos de sol sin graduación listos para usar o anteojos con filtro de luz azul en lugar de anteojos o lentes de contacto con graduación 	\$25	Cada año calendario
Evaluación de la retina	Los sistemas de imagen de alta resolución toman imágenes del interior del ojo	\$10	Cada año calendario

Nota: La cobertura del plan médico de Kaiser Permanente incluye beneficios oftalmológicos. Consulte la comparación resumida de los planes médicos para obtener más detalles.

¿Cuánto debo aportar en concepto de primas mensuales?

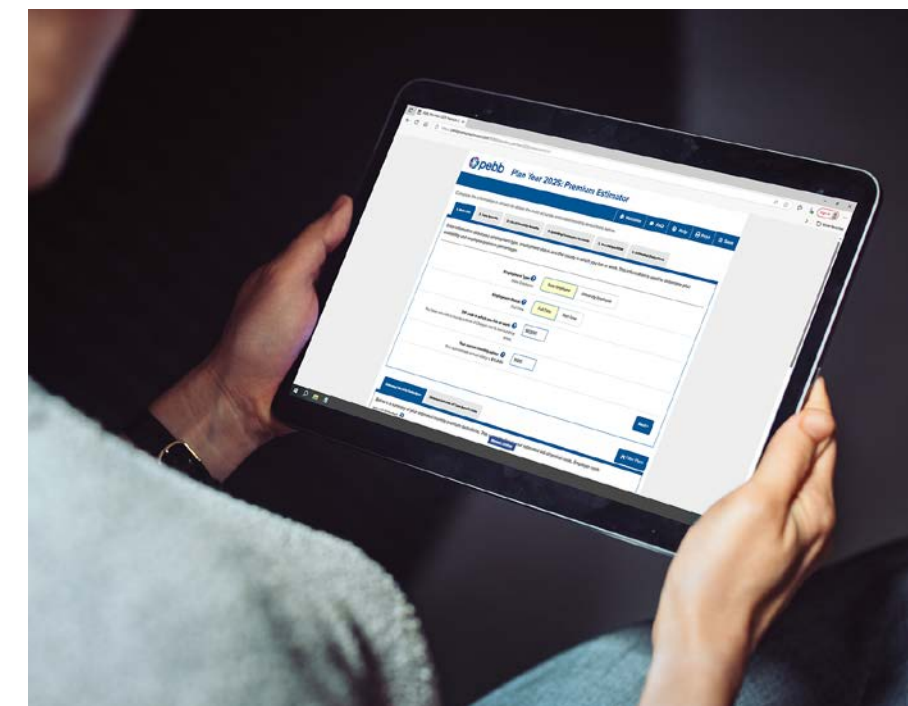
Su empleador paga una gran parte de los costos de las primas mensuales de sus beneficios principales (médicos, dentales, oftalmológicos). Muchos empleados pagan solo entre el 1 % y el 5 % de esos costos mensuales, dependiendo de lo siguiente:

- Su agencia o universidad empleadora.
- El plan que elija.
- El lugar donde vive.
- Su situación laboral (de tiempo completo o parcial).

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

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

► <https://pebbpremiumestimator.com>



Planes médicos de tiempo completo y tiempo parcial

Plan de salud del proveedor	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)	
Situación laboral	Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial	
Red	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red ¹³	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹
Deducible estándar²	\$250/individual, \$750/familiar	\$0	\$250/individual, \$750/familiar	\$500/individual, \$1,500/familiar	\$250/individual, \$750/familiar	\$500/individual, \$1,500/familiar	\$250/individual, \$750/familiar	\$500/individual, \$1,500/familiar
Máximo de gastos de bolsillo (algunos deducibles, copagos y servicios no se aplican)	\$1,500/individual, \$4,500/familiar	\$600/individual, \$1,200/familiar	\$1,500/individual, \$4,500/familiar	\$4,000/individual, \$12,000/familiar	\$1,900/individual, \$5,700/familiar	\$4,800/individual, \$14,400/familiar	\$1,500/individual, \$4,500/familiar	\$4,000/individual, \$12,000/familiar
Visita de atención primaria	\$5, sin deducible	\$5	\$10 ¹³ las primeras cuatro visitas, sin deducible	30 %	15 % o 10 % ³ las primeras cuatro visitas, por año calendario, sin deducible	30 %	\$10 las primeras cuatro visitas, por año calendario, sin deducible	30 %
Visita de atención crónica⁴	\$5, sin deducible	\$5	\$0, sin deducible	30 %	0 %, sin deducible	30 %	\$0, sin deducible	30 %
Visita de atención especializada	\$5 con derivación, sin deducible	\$5 con derivación	\$10	30 %	15 %	30 %	\$10	30 %
Atención ambulatoria de salud mental	\$5, sin deducible	\$5	\$10, sin deducible	30 %	15 %, sin deducible	30 %	\$10, sin deducible	30 %
Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	30 % paciente ambulatorio, 40 % paciente hospitalizado	0 %, sin deducible	30 %	\$0, sin deducible	30 %

Planes médicos de tiempo completo y tiempo parcial – continuación

Plan de salud del proveedor	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)	
Situación laboral	Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial	
Red	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red ¹³	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹
Servicios de maternidad prenatal y posparto	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	30 %	0 %, sin deducible prenatal, 15 % posparto	30 %	\$0, sin deducible	30 %
Servicios de maternidad y parto asistido por un profesional	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	\$0, sin deducible	30 %	15 %	30 %	\$0, sin deducible	30 %
Cargos del centro de maternidad	Incluidos con los servicios de maternidad y parto asistido por un profesional	Incluidos con los servicios de maternidad y parto asistido por un profesional	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización
Servicios de doula	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por embarazo, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0; hasta 8 visitas prenatales y posparto por embarazo, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por embarazo, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por embarazo, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por embarazo, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por embarazo, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por embarazo, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por embarazo, más 1 visita para el trabajo de parto y parto
Servicios de fertilidad	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros

Planes médicos de tiempo completo y tiempo parcial – continuación

Plan de salud del proveedor	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)	
Situación laboral	Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial	
Red	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red ¹³	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹
Prevención	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	30 %	0 %, sin deducible	30 %	\$0, sin deducible	30 %
Laboratorio y radiografías	\$15, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	30 %	15 %	30 %	\$0, sin deducible	30 %
Hospitalización por admisión	\$50 por día, hasta un máximo de \$250	\$50 por día, hasta un máximo de \$250	\$50 por día, hasta un máximo de \$250	\$500 + 40 %	15 %	\$500 + 40 %	\$50 por día, hasta un máximo de \$250	\$500 + 40 % ¹¹
Cirugía ambulatoria en un entorno hospitalario	15 %	\$5	\$10	\$100 + 40 %	15 %	\$100 + 40 %	\$10	\$100 + 40 % ¹¹
Atención urgente	\$25, sin deducible	\$5	\$25	\$25	15 %	15 %	\$25	\$25
Departamento de emergencias⁵	\$150	\$150	\$150	\$150	\$150 + 15 %	\$150 + 15 %	\$150	\$150
Equipo médico duradero	15 %, sin deducible	\$0	15 %	30 %	15 %	30 %	15 %	30 %
Insulina, suministros para personas con diabetes	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible ¹⁴	\$0, sin deducible ¹⁴	0 %, sin deducible	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible

Planes médicos de tiempo completo y tiempo parcial – continuación

Plan de salud del proveedor	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)	
Situación laboral	Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial	
Red	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red ¹³	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹
Nivel de costo adicional (copago de \$100⁶/copago de \$500⁷, no se aplica a Kaiser)	\$100, sin deducible para exámenes por imágenes especializadas y estudios del sueño	\$100 para exámenes por imágenes especializadas y estudios del sueño únicamente	\$100 ⁶ /\$500 ⁷	\$100 ⁶ + 30 %/ \$500 ⁷ + 30 %	\$100 ⁶ + 15 %/ \$500 ⁷ + 15 %	\$100 ⁶ + 30 %/ \$500 ⁷ + 30 %	\$100 ⁶ /\$500 ⁷	\$100 ⁶ + 30 %/ \$500 ⁷ + 30 %
Manipulación espinal y acupuntura¹²	\$10; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	\$10; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	\$10; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	30 %; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	15 %, hasta un máximo combinado de 60 servicios por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	30 %, hasta un máximo combinado de 60 servicios por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	\$10; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas. Acupuntura: límite anual de 12 visitas. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	30 % ¹¹ ; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas. Acupuntura: límite anual de 12 visitas. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo
Servicios de terapia de masajes¹²	\$25, sin deducible; máximo de 12 visitas por año	N/C	\$10, hasta un máximo de \$1,000 por año	30 %, hasta un máximo de \$1,000 por año	15 %, hasta un máximo de \$1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	30 %, hasta un máximo de \$1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	\$10, hasta un máximo de \$1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	30 % ¹¹ , hasta un máximo de \$1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo

Planes médicos de tiempo completo y tiempo parcial – continuación

Plan de salud del proveedor	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)	
Situación laboral	Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial	
Red	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red ¹³	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹
Examen oftalmológico de rutina	\$5, sin deducible	\$5	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
Asignación para accesorios oftalmológicos	\$200 por año	\$200 por año	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C



Planes médicos de tiempo completo y tiempo parcial – continuación

Plan de salud del proveedor	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)	
Situación laboral	Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial		Tiempo completo y tiempo parcial	
Red	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red ¹³	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹
Medicamentos recetados Todos los planes tienen formularios en los que se enumeran los medicamentos cubiertos. Comuníquese con su proveedor para obtener una copia de su formulario o para averiguar si un medicamento está cubierto.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin deducible • Los copagos se acumulan hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo • \$5 genérico • \$25, de marca • 50 %, hasta un máximo de \$100 en medicamentos de marca no incluidos en el formulario • \$50, especializado • Pedido por correo: 1 copago por un suministro de hasta 90 días, \$5 genérico, \$25 de marca del formulario, 50 % hasta un máximo de \$100 en medicamentos de marca no incluidos en el formulario 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin deducible • Los copagos se acumulan hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo • \$5 genérico • \$25, de marca • 50 %, hasta un máximo de \$100 en medicamentos de marca no incluidos en el formulario • \$50, especializado • Pedido por correo: 1 copago por un suministro de hasta 90 días, \$5 genérico, \$25 de marca del formulario, 50 % hasta un máximo de \$100 en medicamentos de marca no incluidos en el formulario 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50/deducible individual, \$150/deducible familiar⁸ • \$1,000/individual, máximo de gastos de bolsillo⁹ • \$0 valor, no sujeto al deducible¹⁰ • \$10, genérico • \$30, de marca preferida • Pedido obligatorio por correo: Copago x 2.5 durante 90 días¹⁵ • \$10, especializado genérico • \$100, especializado de marca 	<ul style="list-style-type: none"> • Deducible dentro de la red, se aplica el máximo de gastos de bolsillo • \$0 valor, no sujeto al deducible¹⁰ • \$10, genérico • \$30, de marca preferida • \$100, especializado • Pedido obligatorio por correo: Copago x 2.5 durante 90 días¹⁵ • El miembro paga la diferencia entre las tasas dentro de la red y el importe facturado 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50/deducible individual, \$150/deducible familiar⁸ • \$1,000, máximo de gastos de bolsillo⁹ • \$0 valor, no sujeto al deducible¹⁰ • \$10, genérico • \$30, de marca • Pedido obligatorio por correo: Copago x 2.5 durante 90 días¹⁵ • \$100, especializado 	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencia, emergencia y fuera del país • Deducible dentro de la red, se aplica el máximo de gastos de bolsillo • Reembolsado como si se hubiera surtido dentro de la red; el miembro paga la diferencia entre las tasas dentro de la red y el importe facturado 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50/deducible individual, \$150/deducible familiar⁸ • \$1,000, máximo de gastos de bolsillo⁹ • \$0 valor, no sujeto al deducible¹⁰ • \$10, genérico • \$30, de marca • Pedido obligatorio por correo: Copago x 2.5 durante 90 días¹⁵ • \$100, especializado 	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencia, emergencia y fuera del país • Deducible dentro de la red, se aplica el máximo de gastos de bolsillo • Reembolsado como si se hubiera surtido dentro de la red; el miembro paga la diferencia entre las tasas dentro de la red y el importe facturado

Planes médicos solo para tiempo parcial

Plan de salud del proveedor	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)	
Situación laboral	Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial	
Red	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red ¹³	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹
Deducible estándar²	\$250/individual, \$750/familiar	\$0	\$500/individual, \$1,500/familiar	\$1,000/individual, \$3,000/familiar	\$500/individual, \$1,500/familiar	\$1,000/individual, \$3,000/familiar	\$500/individual, \$1,500/familiar	\$1,000/individual, \$3,000/familiar
Máximo de gastos de bolsillo (algunos deducibles, copagos y servicios no se aplican)	\$1,500/individual, \$4,500/familiar	\$1,500/individual, \$3,000/familiar	\$2,500/individual, \$7,500/familiar	\$6,000/individual, \$18,000/familiar	\$3,200/individual, \$9,600/familiar	\$7,500/individual, \$22,500/familiar	\$2,500/individual, \$7,500/familiar	\$6,000/individual, \$18,000/familiar
Visita de atención primaria	\$30, sin deducible	\$30	\$40 ¹³ las primeras cuatro visitas, sin deducible	50 %	20 % o 15 % ³ las primeras cuatro visitas, por año calendario, sin deducible	50 %	\$40 las primeras cuatro visitas, por año calendario, sin deducible	50 %
Visita de atención crónica⁴	\$30, sin deducible	\$30	\$0, sin deducible	50 %	0 %, sin deducible	50 %	\$0, sin deducible	50 %
Visita de atención especializada	\$30 con derivación, sin deducible	\$30 con derivación	\$40	50 %	20 %	50 %	\$40	50 %
Atención ambulatoria de salud mental	\$30, sin deducible	\$30	\$40, sin deducible	50 %	20 %, sin deducible	50 %	\$40, sin deducible	50 %
Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	50 %	0 %, sin deducible	50 %	\$0, sin deducible	50 %

Planes médicos solo para tiempo parcial – continuación

Plan de salud del proveedor	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)	
Situación laboral	Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial	
Red	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red ¹³	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹
Servicios de maternidad prenatal y posparto	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	50 %	0 %, sin deducible prenatal, 20 % posparto	50 %	\$0, sin deducible	50 %
Servicios de maternidad y parto asistido por un profesional	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	\$0, sin deducible	50 %	20 %	50 %	\$0, sin deducible	50 %
Cargos del centro de maternidad	Incluidos con los servicios de maternidad y parto asistido por un profesional	Incluidos con los servicios de maternidad y parto asistido por un profesional	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización	Parto como paciente hospitalizada sujeto a gastos de hospitalización
Servicios de doula	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por embarazo, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0; hasta 8 visitas prenatales y posparto por embarazo, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por año, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por año, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por año, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por año, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por año, más 1 visita para el trabajo de parto y parto	\$0, sin deducible; hasta 8 visitas prenatales y posparto por año, más 1 visita para el trabajo de parto y parto

Planes médicos solo para tiempo parcial – continuación

Plan de salud del proveedor	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)	
Situación laboral	Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial	
Red	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red ¹³	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹
Servicios de fertilidad	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros	Consultar el Manual para miembros
Prevención	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible	50 %	0 %, sin deducible	50 %	\$0, sin deducible	50 %
Laboratorio y radiografías	\$20, sin deducible	\$10	Laboratorios Quest - \$0, otros proveedores 20 %	50 %	20 %	50 %	20 %	50 %
Hospitalización por admisión	\$500	\$500	\$500	\$500 + 50 %	20 %	\$500 + 50 %	\$500	\$500 + 50 % ¹¹
Cirugía ambulatoria en un entorno hospitalario	20 %	\$30	\$40 por visita	\$100 + 50 %	20 %	\$100 + 50 %	\$40 por visita	\$100 + 50 % ¹¹
Atención urgente	\$50, sin deducible	\$30	\$30	30 %	20 %	20 %	\$40	\$40
Departamento de emergencias⁵	\$150	\$150	\$150	\$150	\$150 + 20 %	\$150 + 20 %	\$150	\$150
Equipo médico duradero	50 %, sin deducible	50 %	20 %	50 %	20 %	50 %	20 %	50 %

Planes médicos solo para tiempo parcial – continuación

Plan de salud del proveedor	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)	
Situación laboral	Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial	
Red	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red ¹³	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹
Insulina, suministros para personas con diabetes	\$0, sin deducible	\$0	\$0, sin deducible ¹⁴	\$0, sin deducible ¹⁴	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible
Nivel de costo adicional (copago de \$100⁶/copago de \$500⁷, no se aplica a Kaiser)	\$100, sin deducible para exámenes por imágenes especializadas y estudios del sueño	\$100 para exámenes por imágenes especializadas y estudios del sueño únicamente	\$100 ⁶ /\$500 ⁷	\$100 ⁶ + 50 %/ \$500 ⁷ + 50 %	\$100 ⁶ + 20 %/ \$500 ⁷ + 20 %	\$100 ⁶ + 50 %/ \$500 ⁷ + 50 %	\$100 ⁶ /\$500 ⁷	\$100 ⁶ + 50 %/ \$500 ⁷ + 50 %
Manipulación espinal y acupuntura¹²	\$10; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	N/C	\$40; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	50 %; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	20 %, hasta un máximo combinado de 60 visitas por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	50 %, hasta un máximo combinado de 60 visitas por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	\$40; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas	50 % ¹¹ ; manipulación espinal: límite anual de 20 visitas Acupuntura: límite anual de 12 visitas
Servicios de terapia de masajes¹²	\$25, sin deducible; máximo de 12 visitas por año	N/C	\$40, hasta un máximo de \$1,000 por año	50 %, hasta un máximo de \$1,000 por año	20 %, hasta un máximo de \$1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	50 %, hasta un máximo de \$1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	\$40 por visita, hasta un máximo de \$1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo	50 % ¹¹ , hasta un máximo de \$1,000 por año. No se aplica al máximo de gastos de bolsillo

Planes médicos solo para tiempo parcial – continuación

Plan de salud del proveedor	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)	
Situación laboral	Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial	
Red	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red ¹³	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹
Examen oftalmológico de rutina	\$30	\$30	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
Asignación para accesorios oftalmológicos	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C

Planes médicos solo para tiempo parcial – continuación

Plan de salud del proveedor	Kaiser Deductible	Kaiser Traditional	Moda Synergy Coordinated Care (PCP 360)		Providence Statewide PPO		Providence Choice (hogar médico)	
Situación laboral	Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial		Solo tiempo parcial	
Red	Red Kaiser	Red Kaiser	Dentro de la red ¹³	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Hogar médico	Fuera de la red ¹
Medicamentos recetados Todos los planes tienen formularios en los que se enumeran los medicamentos cubiertos. Comuníquese con su proveedor para obtener una copia de su formulario o para averiguar si un medicamento está cubierto.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin deducible • Los copagos se acumulan hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo • \$10, genérico • \$25, de marca • \$50, especializado • Pedido por correo: 2 copagos por un suministro de hasta 90 días 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin deducible • Los copagos se acumulan hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo • \$10, genérico • \$25, de marca • \$50, especializado • Pedido por correo: 2 copagos por un suministro de hasta 90 días 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50/deducible individual, \$150/deducible familiar⁸ • \$1,000/individual, máximo de gastos de bolsillo⁹ • \$0 valor, no sujeto al deducible¹⁰ • \$20, genérico • \$50, de marca preferida • \$100, especializado • Pedido obligatorio por correo: Copago x 2.5 durante 90 días¹⁵ • \$20, genérico • \$50, de marca preferida • Pedido obligatorio por correo: Copago x 2.5 durante 90 días¹⁵ • \$20, especializado genérico • \$100, especializado 	<ul style="list-style-type: none"> • Deducible dentro de la red, se aplica el máximo de gastos de bolsillo • \$0 valor, no sujeto al deducible¹⁰ • \$20, genérico • \$50, de marca preferida • \$100, especializado • Pedido obligatorio por correo: Copago x 2.5 durante 90 días¹⁵ • El miembro paga la diferencia entre las tasas dentro de la red y el importe facturado 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50/deducible individual, \$150/deducible familiar⁸ • \$1,000, máximo de gastos de bolsillo⁹ • \$0 valor, no sujeto al deducible¹⁰ • \$20, genérico • 40 %, de marca preferida • Pedido obligatorio por correo: Copago x 2.5 durante 90 días¹⁵ • \$100, especializado 	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencia, emergencia y fuera del país • Deducible dentro de la red, se aplica el máximo de gastos de bolsillo • Reembolsado como si se hubiera surtido dentro de la red; el miembro paga la diferencia entre las tasas dentro de la red y el importe facturado 	<ul style="list-style-type: none"> • \$50/deducible individual, \$150/deducible familiar⁸ • \$1,000, máximo de gastos de bolsillo⁹ • \$0 valor, no sujeto al deducible¹⁰ • \$20, genérico • \$50, de marca preferida • Pedido obligatorio por correo: Copago x 2.5 durante 90 días¹⁵ • \$100, especializado 	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencia, emergencia y fuera del país • Deducible dentro de la red, se aplica el máximo de gastos de bolsillo • Reembolsado como si se hubiera surtido dentro de la red; el miembro paga la diferencia entre las tasas dentro de la red y el importe facturado

N/C = No corresponde.

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

15. Suministro obligatorio para 90 días: Los miembros de la PEBB que actualmente toman un medicamento de mantenimiento deberán surtir un suministro para 90 días a través de nuestro servicio de pedido por correo o en farmacias minoristas participantes que ofrezcan suministros para 90 días. Para obtener más información, consulte el Manual para miembros.

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



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

200-698450_2 2026 (12/2025) Spanish Letra grande