

2027

Resumen de beneficios de PEBB



Planes médicos (disponibles para todos los miembros)

Los siguientes planes están disponibles para los empleados de tiempo completo y los de tiempo parcial, independientemente de las horas trabajadas. Esta información es un resumen de alto nivel. Consulte los documentos del plan para ver los detalles.

Proveedor del plan médico	Kaiser con deducible	Kaiser Tradicional	PPO de Moda Health		Atención coordinada de Moda Health	
Estatus laboral	Disponible(s) para los miembros de tiempo completo y tiempo parcial		Disponible(s) para los miembros de tiempo completo y tiempo parcial		Disponible(s) para los miembros de tiempo completo y tiempo parcial	
Red	Red de Kaiser	Red de Kaiser	Dentro de la red	Fuera de la red	PCP 360	Fuera de la red ¹
Deducible estándar ²	\$250 individual, \$750 familiar	\$0	\$250 individual, \$750 familiar	\$500 individual, \$1,500 familiar	\$500 individual, \$1,500 familiar	\$500 individual, \$1,500 familiar
Máximo del bolsillo (no aplican algunos deducibles, copagos y servicios)	\$1,500 individual, \$4,500 familiar	\$800 individual, \$1,600 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, se dispensa el deducible	\$5	15% o 10% ³ por las primeras cuatro visitas, por año calendario, se dispensa el deducible	30%	\$10 ¹ por las primeras cuatro visitas, por año calendario, se dispensa el deducible	30%
Visita de atención crónica ⁴	\$5, se dispensa el deducible	\$5	0%, se dispensa el deducible	30%	\$0, se dispensa el deducible	30%
Visita de atención especializada	\$5 con referencia, se dispensa el deducible	\$5 con referencia	15%	30%	\$25	30%
Atención de salud mental como paciente externo	\$5, se dispensa el deducible	\$5	15%, se dispensa el deducible	30%	\$10, se dispensa el deducible	30%
Tratamiento de trastorno de abuso de sustancias	\$0, se dispensa el deducible	\$0	0%, se dispensa el deducible	30%	\$0, se dispensa el deducible	30%
Servicios de maternidad prenatales y posnatales	\$0, se dispensa el deducible	\$0	0%, se dispensa el deducible de los servicios prenatales, 15% de los servicios posnatales	30%	\$0, se dispensa el deducible	30%
Servicios de maternidad y atención profesional durante el parto	Parto en el hospital sujeto a los cargos del hospital para pacientes internos	Parto en el hospital sujeto a los cargos del hospital para pacientes internos	15%	30%	\$0, se dispensa el deducible	30%
Cargos del centro de parto	Se incluye con los servicios de maternidad y atención profesional durante el parto	Se incluye con los servicios de maternidad y atención profesional durante el parto	Parto en el hospital sujeto a los cargos del hospital para pacientes internos	Parto en el hospital sujeto a los cargos del hospital para pacientes internos	Parto en el hospital sujeto a los cargos del hospital para pacientes internos	Parto en el hospital sujeto a los cargos del hospital para pacientes internos

Planes médicos (disponibles para todos los miembros) — Continuación

Proveedor del plan médico	Kaiser con deducible	Kaiser Tradicional	PPO de Moda Health		Atención coordinada de Moda Health	
Estatus laboral	Disponible(s) para los miembros de tiempo completo y tiempo parcial		Disponible(s) para los miembros de tiempo completo y tiempo parcial		Disponible(s) para los miembros de tiempo completo y tiempo parcial	
Red	Red de Kaiser	Red de Kaiser	Dentro de la red	Fuera de la red	PCP 360	Fuera de la red ¹
Servicios de una monitora prenatal	\$0, se dispensa el deducible; límite de 24 horas para las visitas prenatales/posnatales/anual, más 1 visita de trabajo de parto y parto	\$0, límite de 24 horas para las visitas prenatales/posnatales/anual, más 1 visita de trabajo de parto y parto	\$0, se dispensa el deducible; hasta 8 visitas prenatales/posnatales/embarazo, más 1 visita de trabajo de parto y parto	\$0, se dispensa el deducible; hasta 8 visitas prenatales/posnatales/embarazo, más 1 visita de trabajo de parto y parto	\$0, se dispensa el deducible; hasta 8 visitas prenatales/posnatales/embarazo, más 1 visita de trabajo de parto y parto	\$0, se dispensa el deducible; hasta 8 visitas prenatales/posnatales/embarazo, más 1 visita de trabajo de parto y parto
Servicios de fertilidad	Consulte el documento de Evidencia de Cobertura	Consulte el documento de Evidencia de Cobertura	Consulte el manual del miembro	Consulte el manual del miembro	Consulte el manual del miembro	Consulte el manual del miembro
Preventivo	\$0, se dispensa el deducible	\$0	0%, se dispensa el deducible	30%	\$0, se dispensa el deducible	30%
Laboratorio y rayos X	\$15, se dispensa el deducible	\$0	15%	30%	\$0, se dispensa el deducible	30%
Hospitalización como paciente interno, por admisión	\$50/día, hasta un máximo de \$250	\$50/día, hasta un máximo de \$250	15%	\$500 + 40%	\$50/día, hasta un máximo de \$250	\$500 + 40% ¹¹
Cirugía ambulatoria en un entorno hospitalario	15%	\$5	15%	\$100 + 40%	\$10	\$100 + 40% ¹¹
Atención urgente	\$25, se dispensa el deducible	\$5	15%	15%	\$25	\$25
Departamento de emergencias ⁵	\$150	\$150	\$150 + 15%	\$150 + 15%	\$150	\$150
Equipo médico duradero	15%, se dispensa el deducible	\$0	15%	30%	15%	30%
Insulina, suministros para diabetes	\$0, se dispensa el deducible	\$0	Administrado por Judi Rx: 0%, se dispensa el deducible ¹³	Administrado por Judi Rx: \$0, se dispensa el deducible ¹³	Administrado por Judi Rx: \$0, se dispensa el deducible ¹³	Administrado por Judi Rx: \$0, se dispensa el deducible ¹³
Manipulación de la columna vertebral y acupuntura ¹²	\$10; manipulación de la columna vertebral: límite anual de 30 visitas, acupuntura: límite anual de 24 visitas	\$10; manipulación de la columna vertebral: límite anual de 20 visitas, acupuntura: límite anual de 12 visitas	15%, hasta un máximo de 60 servicios al año combinados. No se aplica al máximo del bolsillo	30%, hasta un máximo de 60 servicios al año combinados. No se aplica al máximo del bolsillo	\$10; manipulación de la columna vertebral: límite anual de 20 visitas, acupuntura: límite anual de 12 visitas. No se aplica al máximo del bolsillo	30% ¹¹ ; manipulación de la columna vertebral: límite anual de 20 visitas, acupuntura: límite anual de 12 visitas. No se aplica al máximo del bolsillo

Planes médicos (disponibles para todos los miembros) – Continuación

Proveedor del plan médico	Kaiser con deducible	Kaiser Tradicional	PPO de Moda Health		Atención coordinada de Moda Health	
Estatus laboral	Disponible(s) para los miembros de tiempo completo y tiempo parcial		Disponible(s) para los miembros de tiempo completo y tiempo parcial		Disponible(s) para los miembros de tiempo completo y tiempo parcial	
Red	Red de Kaiser	Red de Kaiser	Dentro de la red	Fuera de la red	PCP 360	Fuera de la red ¹
Servicios de terapia con masaje ¹²	\$25, se dispensa el deducible; un máximo de 12 visitas al año	N/A	15%, hasta un máximo de \$1,000 al año. No se aplica al máximo del bolsillo	30%, hasta un máximo de \$1,000 al año. No se aplica al máximo del bolsillo	\$10, hasta un máximo de \$1,000 al año. No se aplica al máximo del bolsillo	30% ¹¹ , hasta un máximo de \$1,000 al año. No se aplica al máximo del bolsillo
Otros servicios y procedimientos especializados	\$100, se exime el deducible para escaneos especializados y estudios del sueño	\$100 solo para escaneos especializados y estudios del sueño	Nivel de costo adicional: copago de \$100 ⁶ + 15% o copago de \$500 ⁷ + 15%	Nivel de costo adicional: copago de \$100 ⁶ + 30% o copago de \$500 ⁷ + 30%	Nivel de costo adicional: copago de \$100 ⁶ o copago de \$500 ⁷	Nivel de costo adicional: copago de \$100 ⁶ + 15% o copago de \$500 ⁷ + 15%
Examen de la vista de rutina	\$5, se dispensa el deducible	\$5	N/A	N/A	N/A	N/A
Cantidad permitida para artículos de la vista	\$250 al año	\$200 al año	N/A	N/A	N/A	N/A
Medicamentos con receta Todos los planes tienen formularios que enumeran los medicamentos que tienen cobertura. Comuníquese con su proveedor para pedir una copia de su formulario o para saber si un medicamento tiene cobertura.	• Sin deducible • Los copagos se acumulan para alcanzar el máximo del bolsillo • \$5 genéricos • \$25 de marca • 50%, hasta un máximo de \$100, de marca no incluidos en el formulario • \$50 por medicamentos especializados • Pedidos por correo: 1 copago(s) para un suministro de hasta 90 días, \$5 genéricos, \$25 de marca incluidos en el formulario, 50% hasta un máximo de \$100, de marca no incluidos en el formulario	• Sin deducible • Los copagos se acumulan para alcanzar el máximo del bolsillo • \$5 genéricos • \$25 de marca • 50%, hasta un máximo de \$100, de marca no incluidos en el formulario • \$50 por medicamentos especializados • Pedidos por correo: 1 copago(s) para un suministro de hasta 90 días, \$5 genéricos, \$25 de marca incluidos en el formulario, 50% hasta un máximo de \$100, de marca no incluidos en el formulario	Administrado por Judi Rx • Deducible de \$50 individual, de \$150 familiar⁸ • \$1,000 individual o máximo del bolsillo de \$3,000 familiar⁹ • \$0 de valor, no está sujeto al deducible¹⁰ • \$10 genéricos • \$30 de marca • Especializados: \$10 genéricos, \$100 de marca • Pedidos obligatorios por correo o minoristas: Copago x 2.5 para 90 días¹⁴	Administrado por Judi Rx • Urgente, emergente y fuera del país • Aplica un deducible, máximo del bolsillo dentro de la red • Se reembolsa como si se hubiera surtido dentro de la red; el miembro paga la diferencia entre la tarifa dentro de la red y la cantidad facturada	Administrado por Judi Rx • Deducible de \$50 individual, de \$150 familiar⁸ • \$1,000 individual o máximo del bolsillo de \$3,000 familiar⁹ • \$0 de valor, no está sujeto al deducible¹⁰ • \$10 genéricos • \$30 de marca • Especializados: \$10 genéricos, \$100 de marca • Pedidos obligatorios por correo o minoristas: Copago x 2.5 para 90 días¹⁴	Administrado por Judi Rx • Urgente, emergente y fuera del país • Aplica un deducible, máximo del bolsillo dentro de la red • Se reembolsa como si se hubiera surtido dentro de la red; el miembro paga la diferencia entre la tarifa dentro de la red y la cantidad facturada

Planes médicos (solo disponibles para los miembros de tiempo parcial)

Los siguientes planes están disponibles solo para los miembros de tiempo parcial. Esta información es un resumen de alto nivel. Consulte los documentos del plan para ver los detalles.

Proveedor del plan médico	Kaiser con deducible	Kaiser Tradicional	PPO de Moda Health		Atención coordinada de Moda Health	
Estatus laboral	Solo disponible(s) para los miembros de tiempo parcial		Solo disponible(s) para los miembros de tiempo parcial		Solo disponible(s) para los miembros de tiempo parcial	
Red	Red de Kaiser	Red de Kaiser	Dentro de la red	Fuera de la red	PCP 360	Fuera de la red¹
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
Máximo del bolsillo (no aplican algunos deducibles, copagos y servicios)	\$1,500 individual, \$4,500 familiar	\$1,500 individual, \$3,000 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, se dispensa el deducible	\$30	20% o 15%³ por las primeras cuatro visitas, por año calendario, se dispensa el deducible	50%	\$40 por las primeras cuatro visitas, por año calendario, se dispensa el deducible	50%
Visita de atención crónica⁴	\$30, se dispensa el deducible	\$30	0%, se dispensa el deducible	50%	\$0, se dispensa el deducible	50%
Visita de atención especializada	\$30 con referencia, se dispensa el deducible	\$30 con referencia	20%	50%	\$40	50%
Atención de salud mental como paciente externo	\$30, se dispensa el deducible	\$30	20%, se dispensa el deducible	50%	\$40, se dispensa el deducible	50%
Tratamiento de trastorno de abuso de sustancias	\$0, se dispensa el deducible	\$0	0%, se dispensa el deducible	50%	\$0, se dispensa el deducible	50%
Servicios de maternidad prenatales y posnatales	\$0, se dispensa el deducible	\$0	0%, se dispensa el deducible de los servicios prenatales, 20% de los servicios posnatales	50%	\$0, se dispensa el deducible	50%
Servicios de maternidad y atención profesional durante el parto	Parto en el hospital sujeto a los cargos del hospital para pacientes internos	Parto en el hospital sujeto a los cargos del hospital para pacientes internos	20%	50%	\$0, se dispensa el deducible	50%
Cargos del centro de parto	Se incluye con los servicios de maternidad y atención profesional durante el parto	Se incluye con los servicios de maternidad y atención profesional durante el parto	Parto en el hospital sujeto a los cargos del hospital para pacientes internos	Parto en el hospital sujeto a los cargos del hospital para pacientes internos	Parto en el hospital sujeto a los cargos del hospital para pacientes internos	Parto en el hospital sujeto a los cargos del hospital para pacientes internos

Planes médicos (solo disponibles para los miembros de tiempo parcial) – Continuación

Proveedor del plan médico	Kaiser con deducible	Kaiser Tradicional	PPO de Moda Health		Atención coordinada de Moda Health	
Estatus laboral	Solo disponible(s) para los miembros de tiempo parcial		Solo disponible(s) para los miembros de tiempo parcial		Solo disponible(s) para los miembros de tiempo parcial	
Red	Red de Kaiser	Red de Kaiser	Dentro de la red	Fuera de la red	PCP 360	Fuera de la red¹
Servicios de una monitora prenatal	\$0, se dispensa el deducible; límite de 24 horas para las visitas prenatales/posnatales/anual, más 1 visita de trabajo de parto y parto	\$0, límite de 24 horas para las visitas prenatales/posnatales/anual, más 1 visita de trabajo de parto y parto	\$0, se dispensa el deducible; hasta 8 visitas al año prenatales/posnatales, más 1 visita de trabajo de parto y parto	\$0, se dispensa el deducible; hasta 8 visitas al año prenatales/posnatales, más 1 visita de trabajo de parto y parto	\$0, se dispensa el deducible; hasta 8 visitas al año prenatales/posnatales, más 1 visita de trabajo de parto y parto	\$0, se dispensa el deducible; hasta 8 visitas al año prenatales/posnatales, más 1 visita de trabajo de parto y parto
Servicios de fertilidad	Consulte el manual del miembro	Consulte el manual del miembro	Consulte el manual del miembro	Consulte el manual del miembro	Consulte el manual del miembro	Consulte el manual del miembro
Preventivo	\$0, se dispensa el deducible	\$0	0%, se dispensa el deducible	50%	\$0, se dispensa el deducible	50%
Laboratorio y rayos X	\$20, se dispensa el deducible	\$10	20%	50%	20%	50%
Hospitalización como paciente interno, por admisión	\$500	\$500	20%	\$500 + 50%	\$500	\$500 + 50%¹¹
Cirugía ambulatoria en un entorno hospitalario	20%	\$30	20%	\$100 + 50%	\$40/visita	\$100 + 50%¹¹
Atención urgente	\$50, se dispensa el deducible	\$30	20%	20%	\$30	\$30
Departamento de emergencias⁵	\$150	\$150	\$150 + 20%	\$150 + 20%	\$150	\$150
Equipo médico duradero	50%, se dispensa el deducible	50%	20%	50%	20%	50%
Insulina, suministros para diabetes	\$0, se dispensa el deducible	\$0	Administrado por Judi Rx \$0, se dispensa el deducible¹³	Administrado por Judi Rx \$0, se dispensa el deducible¹³	Administrado por Judi Rx \$0, se dispensa el deducible¹³	Administrado por Judi Rx \$0, se dispensa el deducible¹³
Manipulación de la columna vertebral y acupuntura¹²	\$10; manipulación de la columna vertebral: límite anual de 20 visitas, acupuntura: límite anual de 12 visitas	N/A	20%, hasta un máximo de 60 visitas al año combinados. No se aplica al máximo del bolsillo	50%, hasta un máximo de 60 visitas al año combinados. No se aplica al máximo del bolsillo	\$40; manipulación de la columna vertebral: límite anual de 20 visitas, acupuntura: límite anual de 12 visitas	50%¹¹; manipulación de la columna vertebral: límite anual de 20 visitas, acupuntura: límite anual de 12 visitas

Planes médicos (solo disponibles para los miembros de tiempo parcial) – Continuación

Proveedor del plan médico	Kaiser con deducible	Kaiser Tradicional	PPO de Moda Health		Atención coordinada de Moda Health	
Estatus laboral	Solo disponible(s) para los miembros de tiempo parcial		Solo disponible(s) para los miembros de tiempo parcial		Solo disponible(s) para los miembros de tiempo parcial	
Red	Red de Kaiser	Red de Kaiser	Dentro de la red	Fuera de la red	PCP 360	Fuera de la red¹
Servicios de terapia con masaje¹²	\$25, se dispensa el deducible; un máximo de 12 visitas al año	N/A	20%, hasta un máximo de \$1,000 al año. No se aplica al máximo del bolsillo	50%, hasta un máximo de \$1,000 al año. No se aplica al máximo del bolsillo	\$40 por visita, hasta un máximo de \$1,000 al año. No se aplica al máximo del bolsillo	50%¹¹, hasta un máximo de \$1,000 al año. No se aplica al máximo del bolsillo
Otros servicios y procedimientos especializados	\$100, se dispensa el deducible de exploraciones especializadas y estudios del sueño	\$100, solo para exploraciones especializadas y estudios del sueño	Nivel de costo adicional: copago de \$100⁶ + 20 % o copago de \$500⁷ + 20 %	Nivel de costo adicional: copago de \$100⁶ + 50 % o copago de \$500⁷ + 50 %	Nivel de costo adicional: copago de \$100⁶ o copago de \$500⁷	Nivel de costo adicional: copago de \$100⁶ + 50 % / \$500⁷ + 50 %
Examen de la vista de rutina	\$30	\$30	N/A	N/A	N/A	N/A
Cantidad permitida para artículos de la vista	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Medicamentos con receta Todos los planes tienen formularios que enumeran los medicamentos que tienen cobertura. Comuníquese con su proveedor para pedir una copia de su formulario o para saber si un medicamento tiene cobertura.	• Sin deducible • Los copagos se acumulan para alcanzar el máximo del bolsillo • \$10 genéricos • \$25 de marca • \$50 por medicamentos especializados • Pedidos por correo: 2 copagos para un suministro de hasta 90 días	• Sin deducible • Los copagos se acumulan para alcanzar el máximo del bolsillo • \$10 genéricos • \$25 de marca • \$50 por medicamentos especializados • Pedidos por correo: 2 copagos para un suministro de hasta 90 días	Administrado por Judi Rx • Deducible de \$50 individual, de \$150 familiar⁸ • \$1,000 individual o máximo del bolsillo de \$3,000 familiar⁹ • \$0 de valor, no está sujeto al deducible¹⁰ • \$20 genéricos • 40% por medicamentos de marca • Especializados: \$20 genéricos, \$100 de marca • Pedidos obligatorios por correo o minoristas: Copago x 2.5 para 90 días¹⁴	Administrado por Judi Rx • Urgente, emergente y fuera del país • Aplica un deducible, máximo del bolsillo dentro de la red • Se reembolsa como si se hubiera surtido dentro de la red; el miembro paga la diferencia entre la tarifa dentro de la red y la cantidad facturada	Administrado por Judi Rx • Deducible de \$50 individual, de \$150 familiar⁸ • \$1,000 individual o máximo del bolsillo de \$3,000 familiar⁹ • \$0 de valor, no está sujeto al deducible¹⁰ • \$20 genéricos • \$50 por medicamentos de marca • Especializados: \$20 genéricos, \$100 de marca • Pedidos obligatorios por correo o minoristas: Copago x 2.5 para 90 días¹⁴	Administrado por Judi Rx • Urgente, emergente y fuera del país • Aplica un deducible, máximo del bolsillo dentro de la red • Se reembolsa como si se hubiera surtido dentro de la red; el miembro paga la diferencia entre la tarifa dentro de la red y la cantidad facturada

N/A = No aplica

1. Para recibir los beneficios de la red, cada miembro debe usar un PCP 360 en una instalación PCP 360 para recibir servicios de atención primaria.

2. Todos los planes médicos tienen un deducible estándar del plan (excepto Kaiser tradicional) En los planes con deducible de Kaiser, el deducible se dispensa en servicios adicionales; consulte el documento de Evidencia de Cobertura para ver detalles adicionales.

3. Los miembros del plan Moda Health PPO cuyo proveedor de la red ha sido reconocido por la Autoridad de Salud de Oregon (Oregon Health Authority) como hogar de atención primaria centrado en el paciente, tendrán un coseguro más bajo.

4. Estas son visitas para la atención de asma, diabetes, enfermedades cardiovasculares e insuficiencia cardíaca congestiva. No está sujeto al deducible dentro de la red.

5. Las cantidades del copago por el uso de un departamento de emergencia del hospital se exentan si el miembro es admitido directamente al hospital para recibir tratamiento como paciente interno. Esto no incluye la admisión para observación. El copago no aplica al máximo del bolsillo excepto en los planes de Kaiser. Aplica el deducible del plan.

6. Estos procedimientos son exploraciones MRI, CT, PET y SPECT; estudios de sueño; inyecciones vertebrales; endoscopia alta; corrección de juanetes; cirugía de dedo en martillo y neuroma de Morton. El copago no aplica al máximo del bolsillo. No aplica a procedimientos relacionados con el cáncer. Estos procedimientos podrían ser usados excesivamente en comparación con sus riesgos y beneficios. Se aplicará un copago por cada servicio facturado. Pueden aplicar múltiples copagos si se brinda más de un servicio en una visita.

7. Estos son procedimientos quirúrgicos para artroplastia o recubrimiento de cadera o de rodilla; artroscopia de rodilla o de hombro; cirugía bariátrica; procedimientos de la columna vertebral; cirugía de los senos paranasales. El copago no aplica al máximo del bolsillo. No aplica a procedimientos relacionados con el cáncer. Estos procedimientos podrían tener alternativas que ofrecen resultados iguales o mejores con menores riesgos y costos.
8. El deducible de medicamentos con receta es de \$50 por persona o \$150 por familia de 3 o más miembros. Aplica separadamente del deducible médico.

9. El máximo del bolsillo de los medicamentos con receta es de \$1000 por persona, con un máximo de \$3000 por familia Se acumula separadamente del máximo médico del bolsillo.

10. Todos los planes tienen formularios que enumeran los medicamentos con cobertura. Los medicamentos de valor típicamente son medicamentos genéricos que se usan para el tratamiento de las afecciones crónicas más frecuentes.

11. Los copagos y el coseguro no aplican al máximo del bolsillo excepto en Kaiser.

12. Los proveedores de Moda Health fuera de la red pueden facturarle cualquier cantidad que exceda la cantidad permitida máxima del plan.

13. Las bombas y los suministros de insulina no aplican. Este beneficio está cubierto bajo el equipo médico durader.

14. Surtido obligatorio para 90 días: Los miembros de PEBB que actualmente toman un medicamento de mantenimiento necesitarán surtir un suministro para 90 días a través de nuestros pedidos por correo o un suministro para 90 días en farmacias minoristas participantes. Consulte más detalles en el manual del miembro.

Planes dentales

Esta información es únicamente un resumen de alto nivel. Consulte los documentos del plan para ver los detalles.

Proveedor del plan dental	Willamette Dental ⁷	Kaiser Dental	Delta Dental PPO		Delta Dental Premier ¹	Kaiser Dental	Delta Dental Premier ¹
Estatus laboral	Disponible(s) para los miembros de tiempo completo y tiempo parcial	Disponible(s) para los miembros de tiempo completo y tiempo parcial	Solo disponible(s) para los miembros de tiempo completo		Solo disponible(s) para los miembros de tiempo completo	Solo disponible(s) para los miembros de tiempo parcial	Solo disponible(s) para los miembros de tiempo parcial
Red	Willamette Dental Group, P.C. Dentists	Red de Kaiser	Dentro de la red	Fuera de la red	Proveedores participantes	Red de Kaiser	Proveedores participantes
Deducible: individual/familiar	Ninguno	Ninguno	\$50/\$150	\$50/\$150	\$50/\$150	Ninguno	\$50
Cobertura anual máxima	Sin máximo anual ⁶	\$1,750	\$1,750	\$1,750	\$1,750	\$1,250	\$1,250
Servicios diagnósticos y preventivos	Cubierto con el copago de la visita al consultorio	\$0 ²	0% ² , sin deducible	10% ² , sin deducible	0% ² , sin deducible	\$0 ²	0% ²
Servicios básicos y de mantenimiento	Copago de \$20 para empastes, otros servicios básicos están cubiertos con el copago de la visita al consultorio	Copago de \$5 + 20%	20%-año 1 ⁴ 10%-año 2 ⁴ 0%-año 3 ⁴	30%	20%	Copago de \$5 + 50%	50%
Coronas	Copago de \$250	Copago de \$5 + 25%	50%	50%	50%	Copago de \$5 + 50%	50%
Implantes	\$1,500/año ⁵	Copago de \$5 + 50%	50%	50%	50%	Sin cobertura	Sin cobertura
Dentaduras	Copago de \$290	Copago de \$5 + 50%	50%	50%	50%	Copago de \$5 + 50%	50%
Ortodoncia	Copago de \$2,500	Copago de \$5 + 50%, hasta \$2,500 de por vida ³	50%, hasta \$1,800 de por vida	50%, hasta \$1,800 de por vida ³	50%, hasta \$1,800 de por vida ³	Sin cobertura	Sin cobertura

1. Los miembros pueden utilizar los servicios de cualquier proveedor con licencia en los planes Premier y recibir el nivel de beneficios dentro de la red. Sin embargo, los proveedores fuera de la red pueden facturarle cualquier cantidad que exceda la cantidad permitida máxima del plan.

2. Los servicios preventivos no se acumulan para el máximo del plan.

3. La cobertura máxima de por vida de \$2,500 (Kaiser) y \$1,800 (Delta dental) es aparte de los \$1,750 de la cobertura máxima anual.
4. Los pagos de beneficios aumentan un 10% cada año del plan siempre y cuando el miembro haya visitado a un proveedor Delta Dental PPO al menos una vez durante el año del plan.

5. Solo para cirugía de implantes.

6. Los beneficios de cirugía de implantes tienen un beneficio máximo.

7. Un copago de \$10 por visita al consultorio aplica a cada visita al consultorio.

Plan de la vista

Esta información es únicamente un resumen de alto nivel. Consulte los documentos del plan para ver los detalles.

Nota: La cobertura del plan médico de Kaiser Permanente incluye beneficios de la vista. Vea más detalles en la comparación del resumen del plan médico.

	Plan Basic de VSP	Plan VSP Plus
Examen preventivo de la vista (cada año calendario)	- Se concentra en sus ojos y en su bienestar general: Copago de \$10 - Examen retinal de rutina: Copago de hasta \$39	- Se concentra en sus ojos y en su bienestar general: Copago de \$10 - Examen retinal de rutina: Copago de hasta \$10
Atención médica esencial de los ojos (disponibles según sea necesario)	- Los estudios por imágenes retinales para miembros con diabetes tienen cobertura completa - Los exámenes y los servicios adicionales a la atención de rutina para tratar problemas inmediatos, desde conjuntivitis hasta cambios repentinos de la vista, o la supervisión de afecciones en curso como queratoconjuntivitis seca, retinopatía diabética, glaucoma y más; \$20 por examen - Puede aplicar la coordinación con su cobertura médica. Pregunte los detalles a su médico de la red de VSP	
Anteojos con receta		
Armazones¹ (cada año calendario)	- Copago de \$25 para los anteojos con receta (monturas y lentes) - Cantidad permitida para armazones de marcas disponibles²: \$170 - Cantidad permitida para armazones: \$150 - Cantidad permitida para armazones en Walmart/Sam’s Club: \$150 - Cantidad permitida para armazones en Costco: \$80 20% de ahorros en la cantidad que exceda su cantidad permitida	- Copago de \$25 para los anteojos con receta (monturas y lentes) - Cantidad permitida para armazones de marcas disponibles²: \$245 - Cantidad permitida para armazones: \$225 - Cantidad permitida para armazones en Walmart/Sam’s Club: \$225 - Cantidad permitida para armazones en Costco: \$125 20% de ahorros en la cantidad que exceda su cantidad permitida
Lentes	- Copago incluido en los anteojos con receta - Lentes monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea - Lentes resistentes a los golpes para hijos dependientes	
Mejoras a los lentes (cada año calendario)	- Lentes progresivos estándar: \$0 - Lentes progresivos de primera: \$80–\$90 - Lentes progresivos personalizados: \$120–\$160 - Promedio de ahorros del 40% en otras mejoras para lentes³	- Lentes progresivos estándar: \$0 - Lentes progresivos de primera: \$20 - Lentes progresivos personalizados: \$20 - Recubrimiento antirreflejante: \$20 - Promedio de ahorros del 40% en otras mejoras para lentes³
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)		
Lentes de contacto (en lugar de anteojos; cada año calendario)	- Contactos: Cantidad permitida de \$200; no aplica el copago - Examen para lentes de contacto (ajuste y evaluación): hasta \$60 15% de ahorros en un examen para lentes de contacto (ajuste y evaluación)	- Contactos: Cantidad permitida de \$225; no aplica el copago - Examen para lentes de contacto (ajuste y evaluación): hasta \$60 15% de ahorros en un examen para lentes de contacto (ajuste y evaluación)

	Plan Basic de VSP	Plan VSP Plus
Otros servicios y ahorros		
VSP Lightcare™ ¹ (cada año calendario)	• Copago de \$25 • Gafas para el sol o anteojos con filtros de luz azul, listos para usar y sin receta (en lugar de anteojos o lentes de contacto con receta): Cantidad permitida de \$150	• Copago de \$25 • Gafas para el sol o anteojos con filtros de luz azul, listos para usar y sin receta (en lugar de anteojos o lentes de contacto con receta): Cantidad permitida de \$225
Terapia de la vista	• Usted recibe una evaluación totalmente cubierta y un 75% de descuento en sesiones de terapia aprobadas, hasta \$750 anuales. • Las sesiones cubren el diagnóstico y el tratamiento de estrabismo, coordinación ocular, ojo vago, enfoque ocular y habilidad general para mover los ojos. • Hable con su médico para saber si usted reúne los requisitos	
Anteojos y gafas para el sol	• Descubra todas las ofertas actuales de artículos para los ojos y ahorros en vsp.com/offers • Un 30% de ahorros en pares adicionales ilimitados de anteojos o gafas para el sol con o sin receta, incluidas mejoras de lentes, del mismo proveedor de VSP el mismo día que se hace el examen WellVision; o reciba un 20% de ahorros de un proveedor de VSP dentro de los 12 meses a partir de su examen WellVision	
Corrección de la vista con láser	• Un promedio del 15% de descuento del precio regular; descuentos disponibles en instalaciones bajo contrato • Después de la cirugía, use su cantidad permitida para armazones (si es elegible) para gafas para el sol de cualquier médico de VSP	
Ofertas adicionales exclusivas para los miembros	• Ahorre hasta un 60% en audífonos digitales con TruHearing®; visite vsp.com/offers/special-offers/hearing-aids para ver los detalles • Reembolsos de lentes de contacto, garantías de satisfacción con los lentes, y más ofertas en vsp.com/offers • Ahorros diarios en entretenimiento, salud y bienestar, viajes y más con VSP Simple Values	

1. La cobertura con una cadena minorista podría ser diferente o no aplicar.

2. Disponible solo para los miembros de VSP con beneficios del plan aplicable. Las marcas de armazones y las promociones están sujetas a cambio.
3. Ahorros basados en el precio minorista del médico y varían por selección de plan y compra; el promedio de los ahorros es determinado después de que se aplican los beneficios. Pregunte más detalles a su médico de la red de VSP.