



oebb

guía de inscripción

Año del plan 2022-23

Inscripción obligatoria a partir del 15 de agosto



Medidas requeridas

¿Necesita iniciar sesión? ¡SÍ!

¿Quién?

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

¿Qué?/¿Dónde?

1. Inicie sesión en [OEBBenroll.com](https://oebbenroll.com) para realizar las selecciones de su plan o rechazar la cobertura para el año 2022-23.
2. Busque información sobre el costo del plan específico de su empleador.

¿Cuándo?

Durante SU periodo de Inscripción abierta: fecha de inicio a partir del 15 de agosto

La Inscripción abierta de la OEBB es del 15 de agosto al 15 de septiembre de 2022. Algunos empleadores tienen fechas de finalización diferentes. **Confirme SU fecha límite con su empleador.**

¿Por qué?

1. Si no lo hace, probablemente no tendrá cobertura para el año 2022-23.

Sus elecciones actuales de cobertura médica, dental y oftalmológica NO se transferirán al año 2022-23. Por lo que, a menos que su empleador lo inscriba en un plan predeterminado, usted no tendrá cobertura.

2. El periodo de Inscripción abierta es la única vez por año en el que puede realizar cambios sin un acontecimiento importante en su vida.

Los cambios a mitad de año solo se permiten si experimenta un acontecimiento conocido como Cambio calificado de condición (Qualified Status Change (QSC, por sus siglas en inglés)), (por ejemplo: matrimonio, nacimiento o adopción de un niño, divorcio). Informe a su empleador siempre que experimente un QSC, incluso durante el periodo de Inscripción abierta.

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

3. ¡Es su salud y su cheque salarial! Usted debe controlar qué cobertura tiene. Si su empleador 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 solo inician sesión y siguen las instrucciones en pantalla, pero si necesita más ayuda, puede encontrar instrucciones detalladas en oregon.gov/oha/OEBB/Pages/Eligibility.aspx

¿Cuál es el contenido?

Cómo empezar	4
Evite estos errores frecuentes.....	5
Recargo por cobertura doble.....	5
Novedades para el Año del plan 2022-23.....	6
Dependientes fuera del área	8
Información para jubilados anticipados.....	10
Definiciones de los términos sobre beneficios	12
¿A quién va a llamar?.....	15
Programas de bienestar.....	16
Beneficios médicos/para medicamentos de venta bajo receta	17
Beneficios médicos/para medicamentos recetados: Kaiser Permanente.....	18
Resumen de beneficios: Planes de Kaiser Permanente 1, 2A, 2B y 3.....	23
Beneficios médicos/para medicamentos con receta: Moda Health	24
Elección de un PCP 360	26
Asesor de salud.....	28
Programas adicionales.....	29
Moda 360	31
Red Connexus	32
Resumen de beneficios: Plan 1 de Moda Health	34
Resumen de beneficios: Plan 2 de Moda Health	34
Resumen de beneficios: Plan 3 de Moda Health	35
Resumen de beneficios: Plan 4 de Moda Health	35
Resumen de beneficios: Plan 5 de Moda Health	36
Resumen de beneficios: Plan 6 de Moda Health	38
Resumen de beneficios: Plan 7 de Moda Health	38
Beneficios farmacéuticos: Moda Health	40
Beneficios dentales	42
Periodo de espera de 12 meses (cuando se aplaza la cobertura dental)	43
Beneficios dentales: Kaiser Permanente.....	44
Beneficios dentales: Willamette Dental Group	46
Beneficios dentales: Delta Dental (Moda Health).....	48
Beneficios oftalmológicos	52
Beneficios oftalmológicos: Moda Health	53
Beneficios oftalmológicos: Kaiser Permanente.....	54
Beneficios oftalmológicos: VSP.....	56
Beneficios opcionales	58
Programa de Asistencia al Empleado (EAP): Uprise Health.....	59
Seguro de Vida y por AD&D: The Standard	60
Seguro por Incapacidad: The Standard	61
Seguro de Atención a Largo Plazo: Unum	61
Horario de atención/Contacto de la OEGB	62

cómo empezar

evite estos errores frecuentes

- 1 Conozca SU costo mensual de cobertura.** El sistema MyOEBB muestra el costo total de la prima, pero la mayoría de los empleadores contribuyen a ella, por lo que es posible que la cantidad que usted pague sea diferente. Consulte los costos de su opción del plan específico de su empleador.
- 2 Asegúrese de que sus médicos/proveedores estén dentro de la red para los planes que seleccione.** Algunos planes tienen redes limitadas y sin cobertura fuera de la red. Asegúrese de que su plan cubra los servicios donde usted desee recibirlos.
- 3 Vuelva a comprobar que sus dependientes tengan la cobertura adecuada.** Es necesario añadir a cada dependiente a cada plan (médico, dental, oftalmológico, 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 elegibles para la cobertura de la OEBB solo cuando el empleado elegible sea el tutor legal o el padre adoptivo del nieto por orden judicial. Las definiciones de los dependientes elegibles, incluidos los hijos, los cónyuges y las 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 la cobertura dental para usted o para un dependiente, tenga en cuenta que se aplicará un periodo de espera de 12 meses** si decide agregar la cobertura dental en un próximo periodo de Inscripción abierta.
- 6 ¡No espere hasta el último momento!** Las oficinas de la OEBB y de las compañías de seguros están cerradas los fines de semana y los días festivos, y es posible que no estén disponibles para ayudarle durante esos días. Decídase cuanto antes, inscríbese pronto.

Recargo por cobertura doble

La legislatura del estado de Oregon exige que se cobre un recargo por cobertura doble de la OEBB/Junta de Beneficios para Empleados Públicos (Public Employees Benefit Board (PEBB, por sus siglas en inglés)).

- Solo corresponde a la cobertura médica doble de suscriptores de la OEBB/OEBB, PEBB/PEBB y OEBB/PEBB
- Solo se cobra a empleados **ACTIVOS** (no a jubilados anticipados ni a los que estén bajo la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA, por sus siglas en inglés))
- Solo se cobra a empleados de tiempo completo (no de medio tiempo)
- Un recargo de \$5 al mes (incluso si la cobertura doble es para más de un dependiente)
- Afecta principalmente a los cónyuges/parejas con cobertura doble
- Los hijos no están incluidos, a menos que también sean suscriptores de la OEBB o PEBB (si por su trabajo son elegibles para recibir los beneficios de la OEBB/PEBB)

6 cómo empezar

Novedades para el año del plan 2022-23

Todos los planes médicos, dentales y oftalmológicos de la OEGB disponibles en 2021-22, seguirán estandodisponibles para el año 2022-23. También nos complace compartir las siguientes mejoras de los beneficios.

Planes médicos de Moda Health

- **Cumplir el máximo anual de gastos extra será más fácil.** Para los planes 1–5, los gastos médicos y de medicamentos recetados contarán para el máximo de gastos extra del plan. Una vez que se alcance el máximo de gastos extra, el plan paga el 100% de la mayor parte de los costos médicos y de medicamentos recetados elegibles por el resto del año del plan.
- **Los medidores continuos de glucosa (MCG) y los suministros para pruebas de diabetes están cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados.** Los medidores continuos de glucosa y los suministros para pruebas de diabetes estarán cubiertos solo por el beneficio farmacéutico. Esto significa que ya no estarán cubiertos por un proveedor de Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment (DME, por sus siglas en inglés)). Usted puede adquirir estos suministros directamente en una farmacia minorista o en una farmacia de pedido por correo. (Nota: si usted recibió una autorización previa bajo el beneficio médico, no necesitará obtener otra autorización. Su autorización previa se transferirá a su beneficio de medicamentos recetados de manera automática).
- **Nuevo programa de prevención de la diabetes.** Para poder identificar la prediabetes, los miembros de 18 años o más podrán completar una evaluación en línea. Luego, Moda invitará a los miembros que cumplan los requisitos a unirse al programa de prediabetes. Al unirse, recibirán sesiones de asesoramiento individual, visitas con un asesor nutricional y un medidor de actividad gratuito para que lo utilicen mientras participan en el programa. (Los miembros que no cumplan los requisitos del programa, recibirán una suscripción gratuita de 90 días para el medidor de actividad al completar la evaluación).

- **Defensores de salud conductual disponibles.**

Los miembros tendrán acceso a defensores de salud conductual. Estos defensores tendrán la formación o experiencia en trabajo social, salud conductual o atención médica. ¿Qué puede hacer uno de estos defensores por usted? Pueden ayudarle a identificar las opciones de tratamiento, herramientas de apoyo y proveedores adecuados. Incluso, pueden programar las citas por usted y darle seguimiento posterior para asegurarse de que el tratamiento que usted recibe cubre sus necesidades. Si el primer proveedor no era una buena opción, ellos le ayudarán a encontrar otro. Con un defensor de salud conductual, usted siempre tendrá a alguien de su lado para ayudarle a recibir la atención que necesita.

Planes médicos de Kaiser Permanente

- **Cambios en los servicios de quiropráctica y acupuntura.** A partir del 1 de octubre, los planes médicos de Kaiser Permanente cubrirán 20 visitas quiroprácticas y 12 visitas de acupuntura cada año del plan. No habrá un máximo de dinero para estos servicios.
- **Cambios en los servicios de medicina naturopática.** Los servicios de medicina naturopática estarán cubiertos como cualquier otro beneficio médico. No habrá límites en el número de visitas ni un máximo de dinero.
- **Nuevo programa de prevención de la diabetes.** Kaiser Permanente invitará los miembros de la OEGB con factores de riesgo de diabetes a unirse a Omada. Omada es un programa de entrenamiento interactivo semanal enfocado en el estilo de vida para ayudar a prevenir la diabetes. Al unirse al programa, usted recibirá una báscula inteligente con conexión inalámbrica para monitorear su progreso. Usted puede trabajar en equipo con un asesor de salud profesional para aumentar la actividad física, reducir el estrés y perder peso. También puede unirse a un grupo de compañeros para compartir consejos y motivarse.

Planes de Delta Dental

- **Los máximos del beneficio se ampliarán más.** Los cargos por todos los servicios preventivos (como las limpiezas) ya no aplicarán para el máximo de su beneficio anual. Sin embargo, los cargos por servicios reconstructivos continuarán aplicando al máximo del beneficio anual

¿Qué es lo que NO está cambiando?

Todos los beneficios de los siguientes planes permanecen igual para el año del plan 2022-23:

- Plan dental de Kaiser Permanente
- Plan dental de Willamette Dental Group
- Plan oftalmológico de Kaiser Permanente
- Plan oftalmológico de VSP

Feria virtual de beneficios de la OEGB

¡Nos emociona ofrecer este año una Feria virtual de beneficios!

Este entorno virtual está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para que usted pueda:

- Ver videos y descargar documentos PDF para conocer sus opciones de beneficios.
- ¡Explorar los recursos disponibles para los miembros de la OEGB sin costo adicional, como descuentos en la membresía del gimnasio, aplicaciones de salud mental, servicios de planificación financiera y mucho más!
- Chatear en vivo con los distribuidores asociados durante el horario programado.
- ¡Participar en un sorteo para ganar un premio!

¡Visite [OEGBondemand.com](https://oebbondemand.com) y haga clic en el enlace de la Feria virtual de beneficios para comenzar!

8 cómo empezar

dependientes fuera del área

Información sobre los tipos de cobertura para dependientes que no viven con usted:



Kaiser Permanente

Planes médicos de Kaiser Permanente

Kaiser Permanente proporciona acceso a la atención de urgencia y de emergencia fuera de la red de Kaiser Permanente. Su beneficio para dependientes fuera del área también cubre la atención de rutina, continua y de seguimiento para sus hijos dependientes que residan fuera del área de servicio de Kaiser Permanente Northwest. Con este beneficio, usted paga un coaseguro del 20% de la tarifa real cobrada por el servicio que el proveedor, centro o distribuidor proporcionó (el costo compartido está sujeto al deducible del Plan médico 3). Tiene un límite de diez visitas al consultorio, diez análisis de laboratorio y radiografías (excepto tomografías especializadas), y diez renovaciones de medicamentos recetados por año. Puede obtener más información sobre este beneficio llamando a los Servicios de membresía al **800-813-2000**.

Plan dental de Kaiser Permanente

Los dependientes que residan fuera del área de servicio pueden acceder a la atención dental de emergencia de los proveedores no participantes. La cobertura para este beneficio se limita a \$100 por incidente. Los servicios dentales que no sean de emergencia estarán cubiertos solo cuando los proporcione un proveedor de Kaiser Permanente.

Plan oftalmológico de Kaiser Permanente

Los servicios oftalmológicos que no sean de emergencia estarán cubiertos solo cuando los proporcione un proveedor de Kaiser Permanente. Los servicios oftalmológicos de emergencia están cubiertos bajo su plan médico de Kaiser Permanente, según lo descrito anteriormente.



Moda Health/Delta Dental

Planes médicos de Moda

¡Novedad de este año! Los dependientes que vivan fuera del área de servicio de Connexus, utilizarán el nuevo socio de la red nacional de Moda, Aetna Signature Administrators®.

Si un dependiente vive fuera del área de la red de Connexus, el empleado de la OEGB debe actualizar la dirección del dependiente en el sistema de MyOEGB antes de que el dependiente solicite los servicios. El dependiente será asignado a la red nacional nueva de Moda, la Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization (PPO, por sus siglas en inglés)) de Aetna a través de Aetna Signature Administrators®, a excepción de los dependientes que viven en Idaho o Alaska. Los miembros que viven en Idaho seguirán utilizando las redes de Connexus y de los Sistemas de Atención Médica Privados (Private Healthcare Systems (PHCS, por sus siglas en inglés)). Los miembros que viven en Alaska seguirán utilizando la red de los PHCS.

Consulte la página 33 para ver las opciones de atención coordinada y el Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider (PCP, por sus siglas en inglés)) 360 fuera del área.

Para localizar a un proveedor dentro de la red, llame al equipo de asesores de salud de Moda 360 al **866-923-0409** o utilice la opción FindCare [Encuentre atención] y busque la red correspondiente (Aetna PPO a través de la red de Aetna Signature Administrators®, Connexus o de los PHCS).

Planes oftalmológicos de Moda

Los miembros del Plan oftalmológico pueden consultar a cualquier proveedor autorizado, pero el dinero del beneficio rendirá mucho más si usted utiliza un proveedor de la red de Moda, ya que Moda tiene tarifas con descuento con los proveedores dentro de la red.

Puede localizar a un proveedor de atención oftalmológica de Moda llamando al equipo de asesores de salud de Moda 360 al **866-923-0409** o utilice la opción Find Care [Encuentre atención].

Planes Delta Dental Premier

La red de Delta Dental Premier de Moda es la red dental más grande de Oregon y también está disponible a nivel nacional. Los miembros 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 las cantidades que superen la asignación máxima del plan.

Planes PPO exclusivos de Delta Dental

Los miembros inscritos en el Plan PPO exclusivo de Delta Dental o el Plan de incentivo PPO exclusivo de Delta Dental deben utilizar un proveedor PPO de Delta Dental (proveedores disponibles a nivel nacional) o no recibirán ningún beneficio.

Para localizar a un proveedor de Delta Dental, utilice la opción de FindCare [Encuentre atención] para buscar a un proveedor de Premier o PPO dentro de la red, o comuníquese con el equipo de asesores de salud de Moda 360 al **866-923-0410**.



VSP

Planes oftalmológicos de VSP

Los miembros pueden encontrar a los proveedores de VSP Choice en todo el país. Busque un proveedor en vsp.com.



Willamette Dental Group

Plan de Willamette Dental

Los miembros puede recibir atención en cualquier consultorio de Willamette Dental Group, casi 50 consultorios en todo Oregon, Washington e Idaho. Los dependientes que residan fuera del área de servicio de Willamette Dental Group no tendrán cobertura para ningún tipo de atención dental con un proveedor no pertenezca a Willamette Dental Group, a menos que se trate de una emergencia. Los servicios que no sean de emergencia solo se cubrirán cuando los preste un proveedor de Willamette Dental Group.

información para jubilados anticipados

Un “jubilado anticipado” es una persona que se jubila antes de los 65 años de edad. Para ser elegible para recibir los beneficios de la OEGB, un jubilado anticipado no debe ser elegible para Medicare y debe ser elegible para recibir una pensión de jubilación por servicios bajo el Sistema de Jubilación para Empleados Públicos (Public Employees Retirement System (PERS, por sus siglas en inglés)) o un plan o sistema de beneficios de jubilación ofrecido por un empleador participante de la OEGB.

Cambios de inscripción permitidos durante el periodo de Inscripción abierta

Durante el periodo de Inscripción abierta, como jubilado anticipado usted puede:

- Continuar o cambiar (según lo permitido por la matriz de QSC) su inscripción médica, dental u oftalmológica
- Mantener o reducir cualquier cobertura opcional en la que esté inscrito, tales como el Seguro de Vida o el Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento (Accidental Death and Dismemberment (AD&D, por sus siglas en inglés))
- Cancelar dependientes elegibles de alguna o de todas las coberturas
- Renunciar, rechazar o cancelar cualquier cobertura

Como recordatorio:

- Cualquier cobertura a la que se haya renunciado, rechazado o cancelado no puede volver a añadirse a menos que lo haga porque obtendrá otra cobertura de la OEGB
- Ningún dependiente elegible que sea retirado de la cobertura puede volver a añadirse a menos que el dependiente experimente un acontecimiento conocido como Cambio calificado de condición (QSC, por sus siglas en inglés) que le permita inscribirse en la cobertura. Comuníquese con su administrador de beneficios en un plazo de 31 días a partir del acontecimiento calificado.

Adquirir elegibilidad para Medicare durante el año del plan

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

- Si el jubilado anticipado adquiere la elegibilidad para Medicare, cualquier dependiente elegible actualmente inscrito puede continuar la cobertura de la OEGB hasta que ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad o adquiera la elegibilidad para Medicare.
- La única excepción a esta regla es la siguiente: si el jubilado anticipado o el dependiente elegible adquiere la elegibilidad para Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal (end-stage renal disease (ESRD, por sus siglas en inglés)), la cobertura de la OEGB puede continuar hasta por 30 meses después de la elegibilidad para Medicare.



El sistema de la OEGB finalizará la cobertura de la elegibilidad adquirida para Medicare al cumplir los 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 incapacidad.** No reportar esta información puede causar la denegación de sus reclamaciones médicas.

Recursos para la inscripción en Medicare

Puede inscribirse en Medicare hasta con tres meses de anticipación. El programa de Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para personas mayores (Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, por sus siglas en inglés)) se creó para ayudar con Medicare y con las preguntas relacionadas a la selección de planes de Medicare. El sitio web de SHIBA (shiba.oregon.gov) tiene información completa y útil sobre Medicare, y tiene a su disposición asesores certificados llamando al **1.800.722.4134**.

Puede encontrar recursos adicionales para jubilados anticipados en línea, en: oregon.gov/oha/OEGB/Pages/Retiree-Guide.aspx

Definiciones de los términos sobre beneficios

Nivel de costo adicional (Additional Cost Tier (ACT, por sus siglas en inglés)) Los servicios de este nivel requieren un copago adicional de \$100 o \$500. Estos copagos no se aplican al deducible ni al máximo anual de gastos médicos extra, y se suman a cualquier otro copago o coaseguro aplicable que usted debe pagar bajo los beneficios específicos de su plan médico.

Facturación de saldos 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 Este acrónimo hace referencia a la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada, que es la ley federal que exige que los empleadores permitan la cobertura continua a través de un plan colectivo de salud después de perder la elegibilidad colectiva, con pagos a cuenta propia.

Coaseguro Es el porcentaje de los gastos de atención médica elegibles que usted paga después de cumplir con cualquier deducible anual requerido.

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

Atención coordinada Los planes del seguro médico de Moda permiten que cada persona con cobertura tenga la opción de participar en la atención coordinada al elegir a un PCP 360. Las personas participantes reciben un deducible individual más bajo, una cantidad máxima de gastos extra más baja y costos más bajos de visitas al consultorio, visitas a especialistas y visitas de atención médica alternativa (en comparación con aquellos que están inscritos en el plan del seguro médico de Moda que no eligen un PCP 360 y que, por lo tanto, reciben el beneficio de atención no coordinada).

Copagos La cantidad fija de dinero que usted paga por determinados servicios.

Deducible La cantidad que debe pagar cada año del plan antes de que su seguro comience a pagar los servicios cubiertos de atención médica que recibe.

Dependiente Persona que cumple los requisitos para recibir los beneficios de la OEGB en función de su relación con otra persona (por ejemplo, cónyuge, pareja de hecho, hijo o hijastro) y no por su propia situación laboral.

Jubilado anticipado Persona que se jubila antes de los 65 años de edad. Para ser elegible para recibir los beneficios de la OEGB, un jubilado anticipado no debe ser elegible para Medicare y debe ser elegible para recibir una pensión de jubilación por servicios bajo el PERS o un plan o sistema de beneficios de jubilación ofrecido por un empleador participante de la OEGB.

Contribución del empleador La cantidad que su empleador paga para su paquete de beneficios o para la prima del seguro médico. A veces esto se denomina su "tope".

Planes dentales PPO exclusivos Estos planes no ofrecen beneficios fuera de la red. Bajo estos planes, los servicios prestados fuera de la red PPO de Delta Dental no están cubiertos, excepto en caso de emergencia dental.

Definiciones de los términos sobre beneficios

Lista de medicamentos cubiertos Es una lista que muestra qué medicamentos recetados están cubiertos por un plan del seguro médico y el nivel de cobertura al que corresponden (por ejemplo: genéricos, preferidos, no preferidos).

Planes dentales de incentivo (Planes Delta Dental Premier 1 y 5, y Plan de incentivo PPO exclusivo). Los beneficios comienzan en un 70% para el primer año de cobertura de su plan. Posteriormente, los pagos de los beneficios aumentan en un 10% cada año del plan (hasta un máximo del 100%), siempre que la persona haya visitado al dentista, al menos, una vez durante el año del plan anterior. No hacerlo causará una reducción del 10% en el beneficio del siguiente año del plan, aunque el beneficio nunca será inferior al 70%.

Proveedor dentro de la red Es un proveedor o centro contratado por un plan médico para prestar servicios por un descuento negociado.

Beneficio máximo La cantidad total pagadera por un plan por cada año del plan.

Asignación máxima del plan (Maximum Plan Allowance (MPA, por sus siglas en inglés)) Es la cantidad máxima que un plan pagará por el costo de un servicio.

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

Atención no coordinada Los planes del seguro médico de Moda permiten que cada persona con cobertura tenga la opción de participar en la atención coordinada eligiendo y utilizando un PCP 360. Si una persona inscrita en un plan del seguro médico de Moda no elige ni utiliza un PCP 360, recibe un beneficio de "atención no coordinada" que incluye un deducible individual más alto, una cantidad máxima de gastos extra más alta y costos más altos por visitas al consultorio, visitas con especialistas y visitas de atención médica alternativa (en comparación con aquellos que eligieron la atención coordinada).

Si necesita ayuda para entender estos términos, llame al Servicio de atención a los miembros de la OEBC al 888.469.6322

Estamos aquí
para ayudarle

definiciones de los términos sobre beneficios

Proveedor fuera de la red Es un proveedor que no tiene un contrato con el plan médico. Aviso: algunos planes no cubrirán los servicios prestados por proveedores fuera de la red. Elija cuidadosamente los planes y proveedores.

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

PCP 360 (aplica solo a los planes del seguro médico de Moda). Un PCP 360 es un proveedor de excelente calidad que tiene un contrato con Moda Health para proporcionar atención de salud integral en coordinación con otros proveedores según sea necesario. Cada persona cubierta en el plan del seguro médico de Moda tiene la opción de participar en atención coordinada y recibir beneficios mejorados al elegir y utilizar un PCP 360. Utilice la herramienta en línea "FindCare" [Encuentre atención] de Moda Health para conocer cuáles son los proveedores "PCP 360".



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

Atención preventiva Son las medidas adoptadas para la prevención de enfermedades, en comparación con el tratamiento de las mismas.

Proveedor de atención primaria También denominado médico general; proporciona el primer contacto a una persona con un problema de salud no diagnosticado, y también atención continua de distintas afecciones médicas no limitadas por la causa, el sistema de órganos o el diagnóstico.

Cambio calificado de condición (QSC) Es un acontecimiento de vida que permite que un miembro cambie las elecciones de su plan fuera del periodo anual de Inscripción abierta. Para obtener una lista completa de los cambios calificados de condición, visite nuestro sitio web para ver la matriz completa: oregon.gov/OHA/OEBB/pages/QSC-matrix.aspx

Jubilado anticipado con pagos a cuenta propia (Self-Pay Early Retiree (SPER, por sus siglas en inglés)) Un jubilado anticipado que no recibe ninguna contribución de su empleador anterior y paga su prima completa directamente a la OEGB.

¿A quién va a llamar?

Una guía rápida sobre “quién hace qué” con sus beneficios



888.469.6322
OEGBinfo.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



800.395.1616
members.uprisehealth.com



800.227.4165
unuminfo.com/oebb

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

Comuníquese con la OEGB si necesita ayuda: para iniciar sesión o navegar por el sistema de inscripción de MyOEGB (OEGBenroll.com), para aclarar las normas, verificar las inscripciones, entender sus beneficios o las opciones de programas de bienestar.

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

Comuníquese con la compañía del seguro si necesita ayuda para: calcular su parte del costo de un procedimiento, entender de qué forma se pagó una reclamación, 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 sobre las opciones específicas de su plan y el costo mensual de su cobertura. Cada empleador decide qué planes de la OEGB ofrecerá a sus empleados y negocia diferentes contribuciones financieras para los paquetes de beneficios de sus empleados. Es posible que también establezca sus propias fechas límite de inscripción o que tenga sus propias políticas diferentes a las de la OEGB.

Comuníquese con su empleador si necesita: modificar sus beneficios debido a un acontecimiento de vida (como casarse o tener un bebé), determinar el costo mensual de la cobertura, planificar la jubilación, entender o corregir sus deducciones de la nómina.

Sus proveedores son los profesionales (médicos, dentistas, especialistas, etc.) que proporcionan 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 coaseguro) de un servicio y obtener asesoramiento sobre los síntomas o resultados de un análisis de laboratorio.

Enfocarse en usted



Descargue el nuevo folleto sobre bienestar!

¿Necesita ayuda para adecuar los componentes integrales de su bienestar general? La OEGB ofrece apoyo en todas las áreas para su bienestar.

Visite OEGBWellness.com para obtener más información.



oebb

beneficios médicos

18 beneficios médicos



Atención centrada en usted

La atención médica en Kaiser Permanente es diferente para cada caso. Nuestros equipos dirigidos por médicos trabajan en conjunto para asegurarse de que la atención que reciba se adapte a sus necesidades. Su equipo de atención médica forma parte de la misma red, lo cual facilita la comunicación de la información, la consulta de su historial médico y la prestación de atención personalizada de excelente 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 brindarle una atención médica que sea sensible a su cultura, etnia y estilo de vida, nosotros hacemos lo siguiente:

- Contratamos a médicos y personal que hablan más de un idioma
- Ofrecemos servicios de interpretación telefónica en más de 150 idiomas
- Mejoramos los resultados de salud entre poblaciones diversas para afecciones como la presión arterial alta, la diabetes y el cáncer de colon*

Reciba atención coordinada con la ayuda de su registro médico electrónico



Comparta su historial médico y cualquier preocupación con su médico de cabecera.



Su médico coordina la atención médica, de modo que no tenga que preocuparse sobre a dónde ir o a quién llamar después.



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



Con sus registros médicos en mano, el equipo de atención médica conoce sus necesidades en el momento y le recuerda que debe programar los chequeos y pruebas. Además, puede ver sus registros las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

*Kaiser Permanente mejoró el control de la presión arterial en los miembros de raza negra/afroamericanos con hipertensión, incrementó los índices de exámenes de cáncer colorrectal en los miembros hispanos/latinos y mejoró el control de azúcar en la sangre en los miembros con diabetes. Los datos de raza y etnia informados por los propios miembros se registran en Kaiser Permanente HealthConnect®, y las medidas de HEDIS® se actualizan trimestralmente en el datamart interregional CORE.



Con tecnología de un sistema conectado

Las maneras en que las personas trabajan, juegan y se mantienen en contacto con los demás cambian constantemente, pero una cosa es constante: su necesidad de una atención de calidad. Es por eso que nos adaptamos constantemente para asegurarnos de que pueda recibir atención de la manera que sea conveniente para usted.



Donde se encuentre

Cuando esté en casa o de viaje, hable con su equipo de cuidadores por correo electrónico, video y teléfono.^{1,2}



Cuando lo desee

Obtenga asesoramiento de confianza 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 las recetas que se le entregarán o que podrá recoger el mismo día.^{2,3,4}

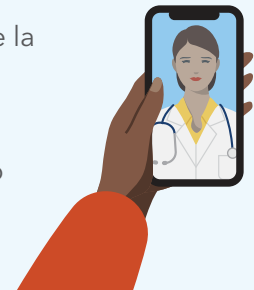


En un solo lugar

Haga todo en un solo lugar: los médicos, los laboratorios y la farmacia están ubicados convenientemente bajo el mismo techo en la mayoría de los establecimientos.

La telesalud está cubierta sin costo adicional en la mayoría de planes de la OEBS⁵

La telesalud no es un complemento en Kaiser Permanente, ha sido parte de la forma en que hemos proporcionado atención médica durante años. Es por eso que para nuestros miembros fue más fácil 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 miembros tuvieron 15 millones más de citas de atención médica.⁶



¹ Cuando corresponda y esté disponible. Si viaja fuera del estado, es posible que las citas por teléfono y las consultas por video no estén disponibles debido a las leyes estatales que podrían impedir que los médicos le proporcionen atención en otros estados. Las leyes difieren según el estado.

² Estas características están disponibles cuando usted recibe atención en los establecimientos de Kaiser Permanente.

³ Para utilizar la aplicación de Kaiser Permanente, usted debe ser un miembro registrado de Kaiser Permanente en kp.org.

⁴ Disponible para la mayoría de las solicitudes de recetas; pueden aplicarse tarifas adicionales.

⁵ Los miembros del Plan 3 son responsables del coaseguro de las citas por teléfono y las consultas por video hasta que alcancen su deducible anual.

⁶ Panel informativo sobre telesalud de Kaiser Permanente.

20 beneficios médicos



Formas convenientes de obtener lo que necesita

Ahora tiene más posibilidades que nunca de recibir una atención médica de calidad, por lo que le resultará más fácil tener el control de su salud. Visite kp.org/getcare para conocer más sobre las opciones de atención médica.



Reciba atención inmediata

Los médicos de Kaiser Permanente están disponibles de día o de noche las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para las necesidades de atención urgente por medio de video y teléfono a demanda, sin necesidad de hacer cita.^{1,2,3}



Citas programadas por video o teléfono

Programa una consulta personal por video o una cita por teléfono con un médico de Kaiser Permanente o con cualquier especialista al que lo hayan remitido.^{1,2,3}



Atención presencial

Ofrecemos servicios el mismo día, al día siguiente, fuera de horario y durante los fines de semana en muchas de nuestras ubicaciones, incluyendo nuestras clínicas minoristas Care Essentials de Kaiser Permanente.^{3,4}



Correo electrónico

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



Entrega de medicamentos de venta con receta

Utilice la aplicación de Kaiser Permanente para surtir la mayoría de recetas que se le entregarán o que podrá recoger el mismo día. La mayoría de los miembros obtienen un suministro de medicamentos para 3 meses por el precio de 2, y el envío es gratuito.⁵



Asesoramiento 24/7

Reciba asesoramiento de atención médica por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Consulta virtual

Llene un cuestionario en línea y reciba un plan de tratamiento, incluyendo medicamentos recetados, si fuera necesario, en pocas horas.⁶

¹ Cuando corresponda y esté disponible.

² Para tener una consulta por video, los miembros deben estar registrados en kp.org y tener una computadora o dispositivo móvil con cámara. Si viaja fuera del estado, es posible que las citas por teléfono y las consultas por video no estén disponibles debido a las leyes estatales que podrían impedir que los médicos le proporcionen atención en otros estados. Las leyes difieren según el estado.

³ Estas características están disponibles cuando usted recibe atención en los establecimientos de Kaiser Permanente.

⁴ En caso de una pandemia, es posible que algunos establecimientos estén cerrados u ofrezcan horarios y servicios limitados.

⁵ Disponible para la mayoría de las solicitudes de recetas; pueden aplicarse tarifas adicionales. Para obtener más información, comuníquese con la farmacia. Para utilizar la aplicación de Kaiser Permanente, usted debe ser un miembro registrado de Kaiser Permanente en kp.org.

⁶ Los costos compartidos correspondientes se aplicarán a los servicios o artículos solicitados durante una consulta virtual.



Atención médica de excelente calidad

Cuando su salud necesita atención especial, nuestro equipo de médicos de atención especializada lo tienen cubierto.



Un enfoque integral en la atención médica

Contamos con uno de los mayores grupos médicos multiespecialistas del país*, y le ayudamos a ponerse en contacto con un especialista que desarrollará un plan personalizado para su atención. Para conocer cómo 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 enfermedad cardíaca, quedará automáticamente inscrito en un programa de control de enfermedades para recibir asesoramiento y apoyo personal. Con un enfoque completo respaldado por las mejores prácticas probadas y la tecnología avanzada, le ayudaremos a recibir la atención que necesita para seguir viviendo la vida al máximo.

*"50 Largest US Medical Group Parents", *Becker's Hospital Review*, 13 de marzo de 2018, beckershospitalreview.com/rankings-and-ratings/50-largest-u-s-medical-group-parents.html.

22 beneficios médicos



Aproveche al máximo su membresía

La buena salud va más allá del consultorio médico. Encuentre su lugar saludable explorando algunas de las opciones convenientes disponibles para los miembros.¹ Muchos de estos recursos están disponibles sin costo adicional.



Programa de prevención de la diabetes de Omada² ¡NUEVO!

Omada combina la ciencia del cambio de comportamiento con el apoyo personal para que sus empleados puedan lograr cambios permanentes. Obtenga acceso a una serie de recursos en línea y al apoyo de un asesor de salud y de grupos de compañeros en línea.



Atención médica alternativa

Su beneficio proporciona cobertura para servicios de quiropráctica, acupuntura y de medicina naturopática a través de la red de The CHP Group. Visite chpgroup.com para encontrar un proveedor.



Tarifas reducidas para membresías de gimnasios

Manténgase activo inscribiéndose en un gimnasio local, y disfrute de miles de videos digitales de entrenamiento. Obtenga más información en kp.org/choosehealthy.



Programas de estilo de vida saludable

Conéctese con su salud a través de programas en línea para ayudarle a perder peso, dejar de fumar, reducir el estrés y más. Obtenga más información en kp.org/healthylifestyles.



Asesoramiento de bienestar

Obtenga ayuda para alcanzar sus metas de salud trabajando de manera individual con un asesor de bienestar por teléfono. Obtenga más información en kp.org/wellnesscoach.

Más formas de ayudar a mejorar su salud integral³



Use la meditación y la atención plena para ayudarle a desarrollar la resiliencia mental, reducir el estrés y mejorar el sueño.



Establezca metas de salud mental, haga un seguimiento de su progreso y obtenga apoyo para controlar la depresión, la ansiedad y más.



Este enfoque preventivo y a demanda de la salud mental proporciona apoyo en cualquier momento y lugar.

¹ Estos servicios no están cubiertos por los beneficios de su plan de salud y no están sujetos a los términos establecidos en la *Evidencia de cobertura* ni en otros documentos del plan. Estos servicios pueden suspenderse en cualquier momento sin previo aviso.

² Los miembros deben cumplir los criterios de inclusión clínica para participar en este programa.

³ Solo está disponible para los miembros de Kaiser Permanente con cobertura médica; myStrength® que es una marca registrada de Livongo Health, Inc., una subsidiaria de propiedad absoluta de Teladoc Health, Inc.



Beneficios de los planes médicos de 2022-2023	Plan 1	Plan 2A	Plan 2B	Plan 3
Deducible del 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
Máximo de gastos extra por 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 rutina para el bebé sano	\$0	\$0	\$0	\$0
Pruebas preventivas	\$0	\$0	\$0	\$0
Atención primaria	\$20	\$25	\$30	20% después del deducible
Atención especializada	\$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
Sala de emergencias	\$100	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Atención hospitalaria	\$100 por día, hasta un máximo de \$500 por admisión	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Laboratorios/radiografías/pruebas de diagnóstico	\$20	\$25	\$30	20% después del deducible
Medicamentos recetados: La farmacia de pedidos por correo está disponible en 2 copagos para un suministro de 90 días	\$5 genéricos \$25 de marca en la lista de medicamentos cubiertos \$45 de marca no incluido en la lista de medicamentos cubiertos 25% hasta \$100 de especialidad	\$5 genéricos \$25 de marca en la lista de medicamentos cubiertos \$45 de marca no incluido en la lista de medicamentos cubiertos 25% hasta \$100 de especialidad	\$5 genéricos \$25 de marca en la lista de medicamentos cubiertos \$45 de marca no incluido en la lista de medicamentos cubiertos 25% hasta \$100 de especialidad	20% después del deducible
Atención médica alternativa autorreferida: quiropráctica y acupuntura	\$20 Límite de 20 visitas para quiropráctica Límite de 12 visitas para acupuntura	\$25 Límite de 20 visitas para quiropráctica Límite de 12 visitas para acupuntura	\$30 Límite de 20 visitas para quiropráctica Límite de 12 visitas para acupuntura	20% después del deducible Límite de 20 visitas para quiropráctica Límite de 12 visitas para acupuntura

¹ Cobertura por año únicamente para el suscriptor.

² Para una familia de 2 o más miembros por año.

Esto 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 más detalles sobre la cobertura de sus beneficios, las exclusiones y limitaciones, la revisión de reclamaciones y los procedimientos de adjudicación, consulte el *Manual para miembros*, también conocido como *Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage (EOC, por sus siglas en inglés))*, o llame a la línea de Servicios de atención a los miembros. En el caso de que haya un inconveniente entre este resumen y la EOC, prevalecerá lo que indique la EOC.

24 beneficios médicos

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

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



Comprobado

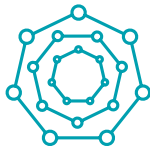
Con casi **70 años** de ofrecer planes de seguros en el Noroeste del Pacífico

Fácil

No **se necesitan** remisiones médicas para especialistas

Innovación

Con **maneras modernas** para mantenerse saludable, como enviarle un mensaje de texto al médico y las citas virtuales



Red sólida

Una amplia selección de proveedores de calidad en Oregon, el Suroeste de Washington, Idaho y California del Norte que utilizan la red de Connexus



¡Sin remisiones!

No se necesitan remisiones para especialistas para ninguno de los planes de Moda Health



Todo en uno

Beneficios médicos, farmacéuticos, oftalmológicos y dentales por parte de un socio de la salud



Trabajo en conjunto

Atención coordinada basada en equipo y centrada en usted

Como su socio de la salud, le ofrecemos todo esto y mucho más, y nos emociona ayudarle a comenzar su viaje para estar mejor.

26 beneficios médicos

Mejores opciones de beneficios y *mejor atención médica*

Con Moda Health, solo tiene que hacer dos elecciones:

- 1 Qué diseño del plan funciona mejor para su familia
- 2 Si usted y los miembros de su familia desean participar en la **Atención coordinada** para recibir los mejores beneficios de:



Un deducible individual más bajo



Un máximo de gastos extra individuales más bajo



Un costo más bajo para las visitas al consultorio, con los especialistas y visitas de atención médica alternativa

Atención coordinada

Cada plan incluye una opción de atención coordinada para usted y cada uno de los miembros de su familia.

Si usted y/o los miembros de su familia eligen la atención coordinada, deben elegir y utilizar un "PCP 360" para sus servicios de atención primaria para recibir los mejores beneficios.

¿Qué es un PCP 360?

Un PCP 360 es un proveedor de atención primaria que forma parte de un centro que ha sido autorizado por el Programa de atención primaria centrada en la paciente de Oregon u otros programas similares. Esto significa que un PCP 360 tiene que cumplir ciertos estándares de calidad y aceptar ser responsable de su salud.

Cada miembro de la familia con cobertura puede elegir si desean participar en la atención coordinada y, en ese caso, elegir su propio PCP 360. Independientemente de que elija la atención coordinada o no, usted pagará la misma prima y compartirá la misma red de proveedores de Connexus, y **no serán necesarias las remisiones**.

Cómo elegir un PCP 360

Los miembros pueden elegir su PCP 360 de una de estas dos maneras: Pueden iniciar sesión en la pantalla principal de Member Dashboard [Panel para miembros] o llamar al equipo de asesores de salud de Moda 360.

Llame a los asesores de salud de Moda 360 al **866-923-0409** o envíeles un correo electrónico a **OEBBquestions@modahealth.com**.

Inicie sesión en Member Dashboard [Panel para miembros] de **modahealth.com/oebb** para seleccionar su PCP 360 o chatear de forma instantánea con un asesor de salud de Moda 360.



moda **360**

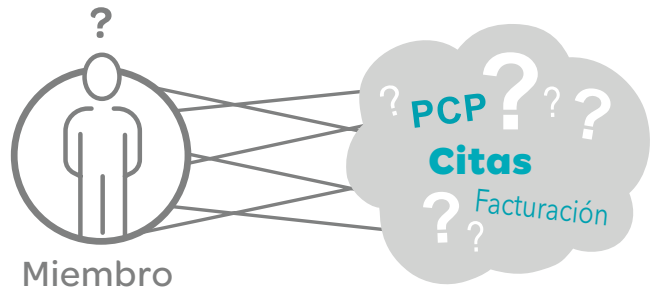
La atención médica puede ser complicada.

Es por eso que hemos creado **Moda 360**, su propio equipo de apoyo mejorado para miembros.

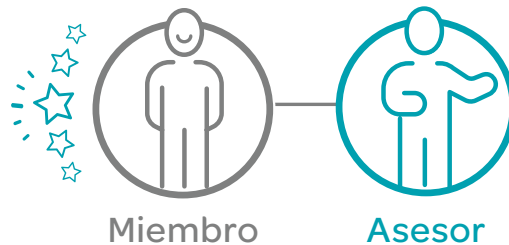
Así es como funciona

Cada vez que llame a Moda Health, se le pondrá en contacto con el equipo de asesores de salud de Moda 360. El asesor de salud no solo responderá a cualquier pregunta que pueda tener, sino que también le servirá de guía para ponerle en contacto con la atención, los recursos y los programas que sean mejores para usted.

La atención médica puede ser complicada



Permita que Moda 360 *la simplifique*



- Asistencia con la programación de citas
- Seleccionar un PCP 360
- Apoyo con la facturación del proveedor
- Reclamaciones y apelaciones
- Programas de atención
- Asistencia con autorizaciones previas

28 beneficios médicos

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



Apoyo con la programación

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



Programas de atención

Tenemos muchos recursos para ayudar a los miembros con determinadas afecciones o preocupaciones. Un asesor de salud puede ayudarle a encontrar los programas más adecuados para usted.



Autorización previa

Algunos servicios médicos requieren autorización previa. Un asesor de salud puede ayudarle a usted y a su proveedor durante este proceso y asistirle con cualquier pregunta que pueda tener.



Seleccionar un PCP 360

Un PCP 360 es un proveedor de atención primaria que ha aceptado colaborar con usted y ser responsable de su salud. Ofrece una atención médica completa y se coordina con otros proveedores cuando es necesario.

Un asesor de salud puede ayudarle a buscar y seleccionar un PCP 360 para recibir los siguientes beneficios mejorados:

- Un deducible individual más bajo
- Un máximo de gastos extra individuales más bajo
- Costos más bajos para las visitas al consultorio, con los especialistas y visitas de atención médica alternativa



Apoyo con las reclamaciones y con la facturación del proveedor

¿Tiene preguntas sobre una reclamación o una factura que recibió de su proveedor? Un asesor de salud responderá sus preguntas e incluso puede trabajar con su proveedor para resolver los problemas.

NEW! Programas de Moda 360

moda 

Defensores de salud conductual

Podemos ayudarle a identificar los mejores tratamientos que se adapten a sus necesidades médicas y determinar las herramientas de apoyo más adecuadas para usted. También, podemos ayudarle a encontrar proveedores disponibles, programar citas y darle seguimiento para asegurarnos de que usted pueda acceder al tratamiento y confirmar que este satisface sus necesidades.



Programas adicionales

A través de Moda 360, puede acceder a los siguientes programas que se crearon para ayudarle a que esté en su mejor estado de salud.

Meru Health

Ahora puede recibir terapia en su teléfono inteligente a través de nuestro socio, Meru Health. Es totalmente confidencial, este programa en línea ofrece 12 semanas de tratamiento para ayudarle con la depresión, la ansiedad y el agotamiento.

El programa ofrece:

- Acceso confidencial a un terapeuta y psiquiatra personal y autorizado
- 12 semanas de contenido motivador
- Apoyo anónimo entre compañeros
- Una dispositivo de biorretroalimentación para aumentar la concentración y controlar el estrés
- Prácticas de atención plena para equilibrar el estado ánimo y la energía
- Actividades de cambio de hábitos para el sueño, la nutrición y más, a las que puede acceder en cualquier momento y lugar.

El programa de Meru Health está disponible para los miembros que cumplen los requisitos de Moda Health de 18 años de edad o más, ubicados en Oregon, Washington o Idaho.

La llamada de evaluación inicial tiene un costo compartido estándar de salud mental (el cual puede estar sujeto al deducible). Posteriormente, el programa estará disponible sin ningún costo.

Aviso: también, aceptan Cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account (FSA, por sus siglas en inglés))/Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account (HSA, por sus siglas en inglés)) para cubrir el costo del copago/coaseguro inicial.

Visite meruhealth.com/modahealth para obtener más información o inscribirse en el programa.



CirrusMD: envíe un mensaje de texto a un médico

¡Disfrute del acceso rápido y privado con un médico especializado en menos de un minuto! Utilice la aplicación de CirrusMD para cualquier pregunta o consejo médico. Los médicos están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudar a los miembros sin costo compartido (los miembros con el Plan médico con deducible alto tendrán que cumplir primero su deducible)*

Con la aplicación de CirrusMD, lo único que necesita es tener acceso a Internet para:

- Realizar una pregunta urgente o sobre salud general
- Enviar un mensaje de texto, compartir fotos o videollamar
- Obtener tranquilidad, incluso a las 2:00 a. m.
- Volver a las conversaciones o solicitar un seguimiento tantas veces como desee

Para empezar a utilizar la aplicación de CirrusMD, descárguela y regístrese con su fecha de nacimiento y su código postal. Abra la aplicación y empiece a interactuar en el chat con el médico, tal y como lo haría con un amigo.

Visite meruhealth.com/modahealth para obtener más información o registrarse.

*A partir del 10/1/22, los miembros del Plan médico con deducible alto estarán sujetos al deducible sin costo compartido después de haber cumplido su deducible.

CIRRUS MD

30 beneficios médicos



Es mejor en conjunto: Moda 360 integra la atención médica y dental

moda
HEALTH

DELTA DENTAL

Permita que un asesor de salud de Moda 360 le oriente para recibir atención médica y dental.

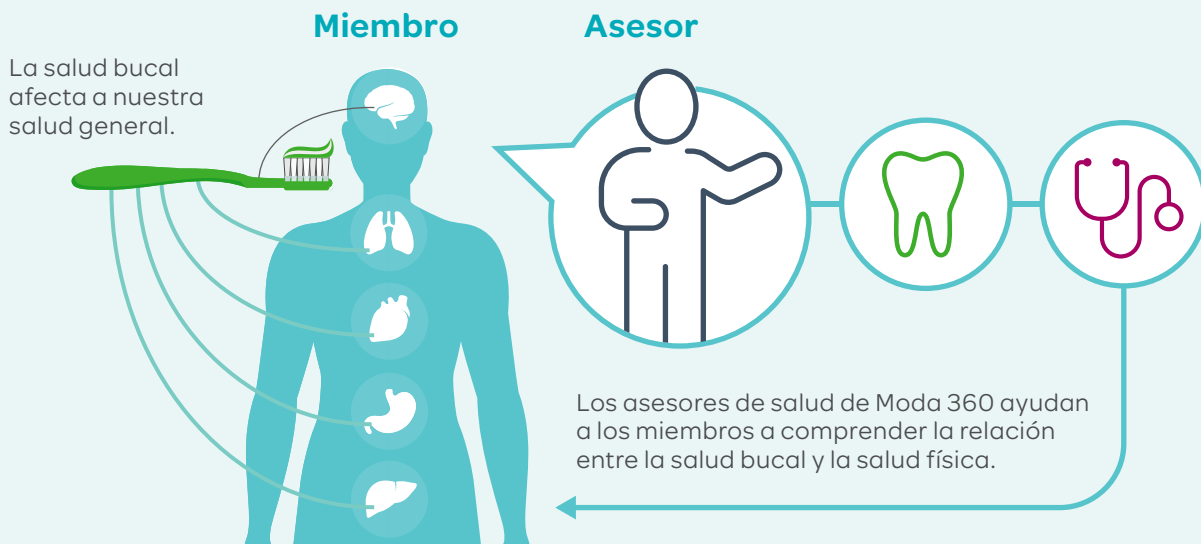
¿Por qué la atención médica y dental es mejor en conjunto?

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

- Diabetes
- Cardiopatía coronaria (acumulación de placa en las paredes de las arterias que suministran sangre al corazón)
- Enfermedad cerebrovascular (afecciones que afectan 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 miembros con 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 le ayudará con cualquier pregunta que pueda tener y lo conectará con los programas, servicios y herramientas médicas y dentales que sean más adecuadas para usted.



Salud bucal = **Salud integral**

32 beneficios médicos

Una red que **ofrece** **protección**



La salud es impredecible, ya sea en casa o de viaje. Queremos asegurarnos de que esté cubierto, sin importar a dónde vaya. Por eso le hemos facilitado la búsqueda de cobertura dentro de la red.

Todos los planes usan la red de Connexus

Cada plan de seguro médico viene con nuestra red de proveedores de Connexus. Dentro de la red de Connexus, los miembros tienen acceso a más de 36,000 proveedores, 75 hospitales y 65,000 farmacias en todo Oregon, Idaho, el sur de Washington y el norte de California. Estos proveedores ofrecen atención y servicios de calidad a los miembros de Moda Health a un costo acordado.

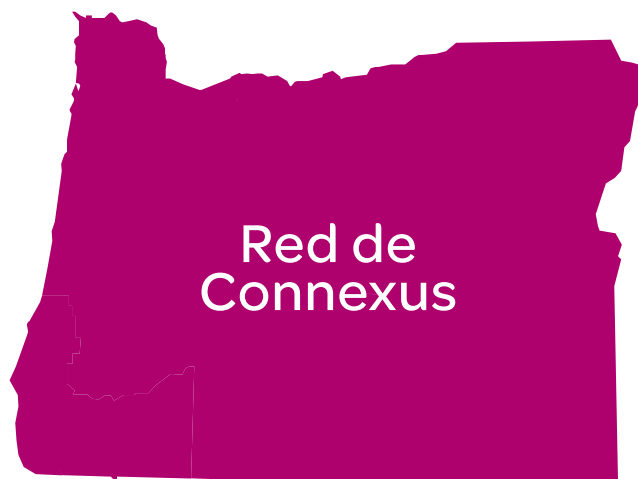
Conéctese con el servicio de atención médica en todo el estado

Cuando desee una selección amplia de proveedores en todo Oregon, el suroeste de Washington, Idaho y el norte de California, la red de Connexus le proporcionará cobertura. Encontrará médicos y especialistas dentro de la red casi en todas partes.

¿Su proveedor está dentro de la red?

Averígüelo visitando modahealth.com y eligiendo Find Care [Encuentre atención], el directorio de proveedores en línea de Moda. Simplemente seleccione la red correspondiente y busque los proveedores cerca de usted.

+ Sur de Washington



+ Idaho

+ California del Norte



Cómo funciona la atención coordinada para los miembros fuera del área

Los dependientes que vivan parte del tiempo fuera del área de servicio de la red de Connexus (por ejemplo, estudiantes universitarios) deben utilizar el PCP 360 de su elección cuando se encuentren en casa para seguir recibiendo los beneficios mejorados. Por favor, actualice la dirección fuera del área en el sistema MyOEBB. De esa manera, podrán tener acceso a la nueva red nacional de Moda para obtener los beneficios dentro de la red para los servicios que reciban cuando estén fuera de casa. Recibirán los beneficios en el nivel "no es el PCP 360 de mi elección" cuando reciban la atención médica de un proveedor de atención primaria que no sea el PCP 360 de su elección.

Los miembros que vivan fuera del área de la red de servicios de Connexus a tiempo completo, no son elegibles para los servicios de atención coordinada ni para los beneficios mejorados.

Viaje con tranquilidad

Cuando salga de viaje, siempre tendrá la atención cerca. Mientras esté de viaje fuera del área de servicios de la red, puede utilizar **la nueva red nacional de Moda, Aetna Signature Administrators® PPO**, para recibir atención de urgencia y de emergencia con el nivel de beneficios dentro de la red. Los viajes con la finalidad de buscar atención médica no estará cubiertos en el nivel de beneficios dentro de la red y es posible que estén sujetos a la facturación de saldos.

¡NUEVO! ¡Este año!

Los miembros que vivan fuera del área de servicios de Connexus (Oregon, Suroeste de Washington y Idaho) utilizarán **la nueva red nacional de Moda, Aetna Signature Administrators® PPO** (los miembros que vivan en Alaska y Idaho seguirán teniendo acceso a la red de los PHCS).

Para encontrar a los proveedores dentro de la red, puede utilizar el directorio de proveedores en línea de Moda, Find Care [Encuentre atención] y elegir la opción de red y buscar a los proveedores cerca de usted.

34 beneficios médicos

Tabla de beneficios de los planes médicos de 2022-23	Plan Médico 1: red de Connexus		Plan Médico 2: red de Connexus	
	Con la atención no coordinada dentro de la red, usted paga	Coordine su atención para obtener mejores beneficios	Con la atención no coordinada dentro de la red, usted paga	Coordine su atención para obtener mejores beneficios
Costos del año del plan				
Deducible por persona / familia	\$500 / \$1,500	\$400 / \$1,500	\$900 / \$2,700	\$800 / \$2,700
Máximo de gastos extra por persona ⁷	\$3,250	\$2,850	\$4,250	\$3,850
Máximo de gastos extra por familia ⁷	\$9,750		\$12,750	
Atención preventiva				
Visitas al consultorio de incentivo (para asma, afecciones cardíacas, colesterol, presión arterial alta, diabetes)	20%	\$15 de copago ^{1,6}	20%	\$15 de copago ^{1,6}
Exámenes de salud periódicos, exámenes de rutina para mujeres, evaluación anual de obesidad, inmunizaciones	\$0 ¹		\$0 ¹	
Servicios profesionales				
Visitas al consultorio de atención primaria	20%	\$20 de copago ^{1,2}	20%	\$20 de copago ^{1,2}
Visitas al consultorio de atención primaria con un proveedor diferente al PCP 360 de su elección	N/A	\$40 de copago ¹	N/A	\$40 de copago ¹
Visitas al consultorio del especialista	20%	\$40 de copago ¹	20%	\$40 de copago ¹
Visitas al consultorio de salud mental y Meru Health	\$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 de copago ¹		\$0 de copago ¹	
Servicios de atención médica alternativa				
Acupuntura/manipulación quiropráctica (sujeto a un máximo combinado de 12 visitas por año del plan) ⁵	20%	\$20 de copago ¹	20%	\$20 de copago ¹
Atención por maternidad				
Servicios de médicos o enfermeras obstétricas/ parteras y por hospitalización	20%		20%	
Servicios para pacientes ambulatorios y por hospitalización				
Atención para pacientes hospitalizados y 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 [IRM], tomografía computarizada [TAC], tomografía por emisión de positrones [PET]), endoscopia superior, inyecciones en la columna, viscosuplementación, amigdalectomías para los miembros menores de 18 años de edad con apnea del sueño o amigdalitis crónica	\$100 de copago + 20%		\$100 de copago + 20%	
ACT 500: cirugía de columna, de reemplazo de rodilla y cadera, artroscopia de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	\$500 de copago + 20%		\$500 de copago + 20%	
Bypass gástrico (en Y de Roux) ³	\$500 de copago + 20%		\$500 de copago + 20%	
Atención de emergencia				
Visita de atención de urgencia	20%	\$40 de copago ¹	20%	\$40 de copago ¹
Sala de emergencias (el copago se exonera 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 máximo/ 48 meses para los miembros de 26 años y más	10%		10%	
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (incluyendo la fisioterapia realizada junto con la atención médica alternativa). Limitaciones para pacientes hospitalizados: 30 días por año del plan/60 días por lesión en la columna o en la cabeza. Limitaciones para pacientes ambulatorios: 30 sesiones por año del plan/hasta 60 sesiones para lesiones en la columna o en la cabeza.	20%		20%	
Análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico para pacientes ambulatorios	20%		20%	
Equipo médico duradero	20%		20%	

Plan Médico 3: red de Connexus		Plan Médico 4: red de Connexus	
Con la atención no coordinada dentro de la red, usted paga	Coordine su atención para obtener mejores beneficios	Con la atención no coordinada dentro de la red, usted paga	Coordine su atención para obtener mejores beneficios
\$1,300 / \$3,900	\$1,200 / \$3,900	\$1,700 / \$5,100	\$1,600 / \$5,100
\$5,250	\$4,850	\$7,100	\$6,700
\$15,750		\$15,800	
25%	\$20 de copago ^{1,6}	25%	\$20 de copago ^{1,6}
\$0 ¹		\$0 ¹	
25%	\$25 de copago ^{1,2}	25%	\$25 de copago ^{1,2}
N/A	\$50 de copago ¹	N/A	\$50 de copago ¹
25%	\$50 de copago ¹	25%	\$50 de copago ¹
\$25 de copago ¹		\$25 de copago ¹	
\$25 de copago ¹		\$25 de copago ¹	
\$0 de copago ¹		\$0 de copago ¹	
25%	\$25 de copago ¹	25%	\$25 de copago ¹
25%		25%	
25%		25%	
25%		25%	
25%		25%	
\$100 de copago + 25%		\$100 de copago + 25%	
\$500 de copago + 25%		\$500 de copago + 25%	
\$500 de copago + 25%		\$500 de copago + 25%	
25%	\$50 de copago ¹	25%	\$50 de copago ¹
\$100 de copago + 25%		\$100 de copago + 25%	
25%		25%	
10%		10%	
25%		25%	
25%		25%	
25%		25%	

Para las limitaciones y exclusiones, visite modahealth.com/oebb/members y consulte su Manual para miembros.

- 1 No se aplica el deducible. Todos las cantidades reflejan la responsabilidad del miembro.
- 2 Para recibir el beneficio de copago, los miembros deben ver al PCP 360 de su elección.
- 3 Este beneficio está disponible para el suscriptor y su cónyuge/pareja, y dependientes de 18 años y más. Los miembros deben utilizar un centro de salud de excelencia aprobado por Moda. Los beneficios de viaje están disponibles para servicios que están sujetos a un precio de referencia. Consulte su manual para obtener más detalles.
- 4 Si está inscrito en un plan del seguro médico de Moda, cada persona debe elegir y utilizar un PCP 360 con Moda para que esa persona reciba los beneficios mejorados bajo el beneficio de "atención coordinada" que aparecen en la columna derecha bajo ese plan, cuando utilice un proveedor de la red de Connexus. Si una persona no ha seleccionado un PCP 360 con Moda, recibirá los beneficios de "atención de salud no coordinada" que aparecen a la izquierda si utiliza un proveedor dentro de la red.
- 5 Todos los otros servicios (por ejemplo: análisis de laboratorio, exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética [IRM], tomografía computarizada [TAC], tomografía por emisión de positrones [PET], visitas al consultorio, etc.) estarán sujetos al nivel del beneficio adecuado que se indicó para cada servicio proporcionado.
- 6 Los miembros deben ver al PCP 360 de su elección o a los especialistas dentro de la red para recibir el beneficio de copago.
- 7 Los copagos y los coaseguros médicos, los deducibles, los niveles de costos adicionales de copagos y los gastos farmacéuticos; todos aplican al máximo de gastos médicos extra.

36 beneficios médicos

Tabla de beneficios de los planes médicos de 2022-23	Plan Médico 5: red de Connexus ⁵	
	Con la atención no coordinada dentro de la red, usted paga	Coordine su atención para obtener mejores beneficios
Costos del año del plan		
Deducible por persona / familia	\$2,100 / \$6,300	\$2,000 / \$6,300
Máximo de gastos extra por persona ⁷	\$7,200	\$6,800
Máximo de gastos extra por familia ⁷	\$15,800	
Atención preventiva		
Visitas al consultorio de incentivo (para asma, afecciones cardíacas, colesterol, presión arterial alta, diabetes)	25%	\$25 de copago ¹⁶
Exámenes de salud periódicos, exámenes de rutina para mujeres, evaluación anual de obesidad, inmunizaciones	\$0 ¹	
Servicios profesionales		
Visitas al consultorio de atención primaria	25%	\$30 de copago ^{1,2}
Visitas al consultorio de atención primaria con un proveedor diferente al PCP 360 de su elección	N/A	\$50 de copago ¹
Visitas al consultorio del especialista	25%	\$50 de copago ¹
Visitas al consultorio de salud mental	\$30 de copago ¹	
Servicios para dependencia de sustancias químicas	\$30 de copago ¹	
Atención virtual (telesalud de CirrusMD)	\$0 de copago ¹	
Servicios de atención médica alternativa		
Acupuntura/manipulación quiropráctica (sujeto a un máximo combinado de 12 visitas por año del plan) ⁵	25%	\$30 de copago ¹
Atención por maternidad		
Servicios de médicos o enfermeras obstétricas/ parteras y por hospitalización	25%	
Servicios para pacientes ambulatorios y por hospitalización		
Atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios en un hospital/centro	25%	
Atención en un centro de enfermería especializada (60 días por año del plan)	25%	
Cirugía	25%	
ACT 100: estudios del sueño, exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética [IRM], tomografía computarizada [TAC], tomografía por emisión de positrones [PET]), endoscopia superior, inyecciones en la columna, viscosuplementación, amigdalectomías para los miembros menores de 18 años de edad con apnea del sueño o amigdalitis crónica	\$100 de copago + 25%	
ACT 500: cirugía de columna, de reemplazo de rodilla y cadera, artroscopia de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	\$500 de copago + 25%	
Bypass gástrico (en Y de Roux) ³	\$500 de copago + 25%	
Atención de emergencia		
Visita de atención de urgencia	25%	\$50 de copago ¹
Sala de emergencias (el copago se exonera en caso de hospitalización)	\$100 de copago + 25%	
Ambulancia	25%	
Otros servicios cubiertos		
Aparatos auditivos e implantes de aparatos auditivos en el hueso: \$4,000 máximo/ 48 meses para los miembros de 26 años y más	10%	
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (incluyendo la fisioterapia realizada junto con la atención médica alternativa). Limitaciones para pacientes hospitalizados: 30 días por año del plan/60 días por lesión en la columna o en la cabeza. Limitaciones para pacientes ambulatorios: 30 sesiones por año del plan/hasta 60 sesiones por lesión en la columna o en la cabeza.	25%	
Análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico para pacientes ambulatorios	25%	
Equipo médico duradero	25%	

Para las limitaciones y exclusiones, visite modahealth.com/oebb/members y consulte su Manual para miembros.

- 1 No se aplica el deducible. Todos las cantidades reflejan la responsabilidad del miembro.
- 2 Para recibir el beneficio de copago, los miembros deben ver al PCP 360 de su elección.
- 3 Este beneficio está disponible para el suscriptor y su cónyuge/pareja, y dependientes de 18 años y más. Los miembros deben utilizar un centro de salud de excelencia aprobado por Moda. Los beneficios de viaje están disponibles para servicios que están sujetos a un precio de referencia. Consulte su manual para obtener más detalles.
- 4 Si está inscrito en un plan del seguro médico de Moda, cada persona con cobertura debe elegir y utilizar un PCP 360 con Moda para que esa persona reciba el beneficio de "atención coordinada" mejorado que aparece en la columna derecha bajo ese plan, cuando utilice un proveedor de la red de Connexus. Si una persona no ha seleccionado un PCP 360 con Moda, recibirá los beneficios de "atención no coordinada" que aparecen a la izquierda si utiliza un proveedor dentro de la red.
- 5 Todos los otros servicios (por ejemplo: análisis de laboratorio, exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética [IRM], tomografía computarizada [TAC], tomografía por emisión de positrones [PET], visitas al consultorio, etc.) estarán sujetos al nivel del beneficio adecuado que se indicó para cada servicio proporcionado.
- 6 Los miembros deben ver al PCP 360 de su elección o a los especialistas dentro de la red para recibir el beneficio de copago.
- 7 Los copagos y los coaseguros médicos, los deducibles, los niveles de costos adicionales de copagos y los gastos farmacéuticos; aplican al máximo de gastos médicos extra.



38 beneficios médicos

Tabla de beneficios de los planes del seguro médico HDHP de 2022-23	Plan Médico 6: red de Connexus compatible con HDHP y HSA ⁹		Plan Médico 7: red de Connexus compatible con HDHP y HSA ⁹	
	Con la atención no coordinada dentro de la red, usted paga	Coordine su atención para obtener mejores beneficios	Con la atención no coordinada dentro de la red, usted paga	Coordine su atención para obtener mejores beneficios
Costos del año del plan				
Deducible del plan solo para el suscriptor ²	\$1,700	\$1,600	\$2,100	\$2,000
Deducible del plan familiar ³	\$3,400		\$4,200	
Máximo de gastos extras del plan individual	\$6,750	\$6,400	\$6,750	\$6,500
Máximo de gastos extra del plan familiar ³	\$13,500		\$13,500	
Atención preventiva				
Visitas al consultorio de incentivo (para asma, afecciones cardíacas, colesterol, presión arterial alta, diabetes)	20%	15% ¹¹	25%	20% ¹¹
Exámenes de salud periódicos, exámenes de rutina para mujeres, evaluación anual de obesidad, inmunizaciones	\$0 ¹		\$0 ¹	
Servicios profesionales				
Visitas al consultorio de atención primaria	20%	15%	25%	20%
Visitas al consultorio de atención primaria con un proveedor diferente al PCP 360 de su elección	N/A	15%	N/A	20%
Visitas al consultorio del especialista	20%	15%	25%	20%
Visitas al consultorio de salud mental	20%	15%	25%	20%
Servicios para dependencia de sustancias químicas	20%	15%	25%	20%
Atención virtual (telesalud de CirrusMD)	\$0 de copago		\$0 de copago	
Servicios de atención médica alternativa				
Acupuntura/manipulación quiropráctica (sujeto a un máximo combinado de 12 visitas por año del plan) ⁸	25%	20%	25%	20%
Atención por maternidad				
Servicios de médicos o enfermeras obstétricas/ parteras y por hospitalización	25%	20%	25%	20%
Servicios para pacientes ambulatorios y por hospitalización				
Atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios en un hospital/centro	25%	20%	25%	20%
Atención en un centro de enfermería especializada (60 días por año del plan)	25%	20%	25%	20%
Cirugía	25%	20%	25%	20%
estudios del sueño, exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética [IRM], tomografía computarizada [TAC], tomografía por emisión de positrones [PET]), endoscopia superior, inyecciones en la columna, viscosuplementación, amigdalectomías para los miembros menores de 18 años de edad con apnea del sueño o amigdalitis crónica	25%	20%	25%	20%
Cirugía de columna, de reemplazo de rodilla y cadera, ⁵ artroscopia de rodilla y hombro, reparación de hernia sin complicaciones	25%	20%	25%	20%
Bypass gástrico (en Y de Roux) ⁴	\$500 de copago + 25%	\$500 de copago + 20%	\$500 de copago + 25%	\$500 de copago + 20%
Atención de emergencia				
Visita de atención de urgencia	20%	15%	25%	
Sala de emergencias	25%	20%	25%	20%
Ambulancia	25%	20%	25%	20%
Otros servicios cubiertos				
Aparatos auditivos e implantes de aparatos auditivos en el hueso: \$4,000 máximo/48 meses para los miembros de 26 años y más	25%	20%	25%	20%
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (incluyendo la fisioterapia realizada junto con la atención médica alternativa). Limitaciones para pacientes hospitalizados: 30 días por año del plan/60 días por lesión en la columna o en la cabeza. Limitaciones para pacientes ambulatorios: 30 sesiones por año del plan/hasta 60 sesiones por lesión en la columna o en la cabeza.	25%	20%	25%	20%
Análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico para pacientes ambulatorios	25%	20%	25%	20%
Equipo médico duradero	25%	20%	25%	20%
Cobertura médica principal para medicamentos recetados ⁶	25%	20%	25%	20%
Nivel de valor	\$4 por suministro de 31 días ¹		\$4 por suministro de 31 días ¹	

Ahorre mejor con una **HSA**



Nuestra Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account (HSA, por sus siglas en inglés)), es compatible con los Planes de salud con deducible alto (High Deductible Health Plans (HDHP, por sus siglas en inglés)) al ofrecerle flexibilidad y opciones. Usted tiene la libertad de elegir cualquier 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 coaseguro y otros gastos calificados, que no estén cubiertos por su plan médico. Los miembros de una HSA disfrutan de una serie de ventajas tributarias, que incluyen las siguientes:

- Contribuciones realizadas sobre una base con ventajas impositivas
- Fondos no utilizados se acumulan de año en año, y se incrementan como impuestos diferidos
- Retiro de fondos libres de impuestos para pagar gastos médicos calificados

Elegibilidad

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

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

Medicamentos recetados

Su beneficio farmacéutico está cubierto bajo la parte médica de los Planes 6 y 7. Los planes incluyen medicamentos por nivel de valores que exoneran su deducible anual. Para aprovechar este beneficio, solo debe presentar su tarjeta de identificación en una farmacia asociada.

Para las limitaciones y las exclusiones, visite modahealth.com/oebb/members y consulte su Manual para miembros.

- 1 No se aplica el deducible. Todos las cantidades reflejan la responsabilidad del miembro.
- 2 El deducible individual se aplica solo si el empleado se inscribe en el plan sin ningún otro miembro de su familia.
- 3 Uno o más miembros de la familia pueden cumplir con el deducible familiar y la cantidad máxima de gastos extra. Se debe cumplir con este deducible antes de recibir el pago de beneficios. El deducible y los copagos se aplican para la cantidad máxima de los gastos extra por año del plan.
- 4 Los beneficios de viaje están disponibles para servicios que están sujetos a un precio de referencia. Consulte su manual para obtener más detalles.
- 5 Este beneficio está disponible para el suscriptor y su cónyuge/pareja, y dependientes de 18 años y más. Los miembros deben utilizar un centro de salud de excelencia aprobado por Moda.
- 6 Se debe aprobar una excepción de la lista de medicamentos cubiertos para los medicamentos genéricos de costo elevado y para los medicamentos recetados de marca no preferida.
- 7 Todos los otros servicios (por ejemplo: análisis de laboratorio, exámenes específicos de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética [IRM], tomografía computarizada [TAC], tomografía por emisión de positrones [PET], visitas al consultorio, etc.) estarán sujetos al nivel del beneficio adecuado que se indicó para cada servicio proporcionado.
- 8 Si está inscrito en un plan del seguro médico de Moda, cada persona con cobertura debe elegir y utilizar un PCP 360 con Moda para que esa persona reciba el beneficio de "atención coordinada" mejorado que aparece en la columna izquierda bajo ese plan, cuando utilice un proveedor de la red de Connexus. Si una persona no ha seleccionado un PCP 360 con Moda, recibirá los beneficios de "atención no coordinada" que aparecen en la columna derecha si utiliza un proveedor de la red de Connexus. Cualquier servicio proporcionado por un proveedor fuera de la red de Connexus se pagará al nivel de "fuera de la red", independientemente de que la persona haya seleccionado un PCP 360 con Moda o no.
- 9 Para recibir el beneficio de un coaseguro más bajo, los miembros deben ver al PCP 360 de su elección.
- 10 Los miembros deben ver al PCP 360 de su elección o a los especialistas dentro de la red para recibir el beneficio de coaseguro más bajo.

Espera **beneficios** farmacéuticos de calidad



La cobertura para medicamentos recetados de calidad es lo más importante de un buen plan. Estamos aquí para apoyar sus necesidades farmacéuticas en todo momento.

Acceda a los medicamentos como usted desee

Como administrador del Programa de medicamentos recetados de Oregon (Oregon Prescription Drug Program (OPDP, por sus siglas en inglés)), estamos orgullosos de administrar de manera activa sus beneficios farmacéuticos. Proporcionamos una cobertura completa y de calidad que refleja los estándares más actuales de la industria.

A través del programa de medicamentos recetados, puede obtener acceso a una lista de medicamentos cubiertos de excelente calidad con opciones en los niveles de valor, genéricos selectos y preferidos. Cada nivel tiene una cantidad de copago o coaseguro establecido por el plan.

Ahorros del plan de farmacia

Hay algunas formas de ahorrar en los costos de los medicamentos recetados. Use su beneficio de pedidos por correo para un suministro de 90 días mediante los Servicios de recetas por correo postal (Postal Prescription Services (PPS, por sus siglas en inglés)) o por Costco. Puede obtener ahorros considerables al usar el beneficio de pedidos por correo.

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

Para encontrar una farmacia dentro de la red y verificar los precios de los medicamentos, inicie sesión en Member Dashboard [Panel para miembros] y seleccione la opción Find Care [Encuentre atención].

Medicamentos por nivel de valores

Los medicamentos de valor incluyen los productos comunes de venta con receta que se usan para el tratamiento de afecciones médicas crónicas y para preservar la salud. Están identificados, con base en la información clínica y la literatura médica más recientes, como opciones de tratamiento seguras, eficaces y preferidas por su costo.

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

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

La lista de medicamentos incluidos en el nivel de valor se puede encontrar en la pestaña pharmacy [farmacia] en: modahealth.com/oebb

Servicios de farmacia especializada de Ardon Health

Ardon Health es una farmacia especializada para los miembros de la OEGB. Ardon, con sede en Portland, Oregon, entrega medicamentos especializados de manera gratuita al domicilio del paciente o al consultorio del médico.

Ardon Health ofrece medicamentos de especialidad para afecciones como la enfermedad de Crohn, hepatitis C, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, entre otras. 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.

Beneficios farmacéuticos

	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 preferida 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 preferida ³	50% hasta \$450 por suministro de 90 días	20%	25%
De especialidad			
Genérico	\$12 por suministro de 31 días o \$36 por suministro de 90 días cuando sea autorizado.	20%	25%
Preferido ^{2,3}	25% hasta \$200 por suministro de 31 días o \$400 por suministro de 90 días cuando sea autorizado.	20%	25%
Marca no preferida ³	50% hasta \$500 por suministro de 31 días o \$1,000 por suministro de 90 días cuando sea autorizado.	20%	25%

Para las limitaciones y exclusiones, visite modahealth.com/oebb/members y consulte su Manual para miembros.

*No se aplica el deducible. Todas las cantidades reflejan la responsabilidad del miembro.

1 En las farmacias minoristas está disponible un suministro de 90 días para medicamentos de valor, genéricos selectos, preferidos y no preferidos por tres veces el copago de 31 días.

2 Este nivel del 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 rentables.

3 El máximo del copago es por receta. Se debe aprobar una excepción de la lista de medicamentos cubiertos para los medicamentos genéricos de costo elevado y para los medicamentos recetados de marca no preferida.

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

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

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



oebb

beneficios dentales

periodo de
espera de
12
meses

si usted retrasa
su inscripción
en la cobertura
dental

Si usted o un dependiente no se inscriben en la cobertura dental cuando son elegibles inicialmente, y luego deciden inscribirse durante un periodo de Inscripción abierta, usted o su dependiente serán considerados como “inscritos tardíos”.

Usted o su dependiente estará sujeto a un periodo de espera de **12 meses** en todos los planes dentales. Esto significa **que tendrán cobertura solo para la atención de diagnóstico y preventiva** durante los primeros 12 meses de cobertura.

44 beneficios dentales



Creemos en la salud integral, empezando por una atención bucal y dental de alta calidad. Es por eso que cada miembro recibe un plan de prevención y 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 proporcionan atención integrada, lo cual le permite estar tranquilo al saber que estamos al tanto de su salud integral.

Su equipo dental tiene acceso a su historial médico, 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, por sus siglas en inglés)) nos ha reconocido de manera independiente como líder en la prestación de atención integral, centrada en el paciente y de alta calidad.¹ Esto significa que nuestro programa dental ha cumplido con rigurosos estándares 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, lesión dental traumática grave, hemorragias y dolor intenso. Si necesita atención de emergencia, comuníquese con el Centro de citas a cualquier hora y cualquier día.

¹ Acreditación continua de la Asociación de Acreditación de Atención Médica Ambulatoria (AAAHC, por sus siglas en inglés) desde 1990. Kaiser Permanente Dental es el único hogar dental acreditado por la AAAHC en el noroeste, y el tercero del país en obtener la acreditación de hogar dental. aaahc.org

² Cuando los miembros reciben atención de un proveedor de Kaiser Permanente Dental; según esté disponible y cuando sea apropiado.

³ La función de correo electrónico está disponible para los miembros con cobertura médica y dental de Kaiser Permanente, que estén registrados en kp.org. La función de video está disponible actualmente para servicios de ortodoncia.



Beneficios del plan dental de 2022-2023	Plan dental ¹
Copago por visita al consultorio dental ²	\$20
Copago por visita al consultorio de atención preventiva	\$0
Deducible	Ninguno
Máximo del año del plan	\$4,000
Exámenes bucales, radiografías, limpiezas (profilaxis), tratamientos con flúor y mantenedores de espacio	\$0
Rellenos de rutina, incrustaciones y coronas de acero inoxidable ^{3,4,5}	\$0
Extracciones dentales simples ⁵	\$0
Extracciones dentales quirúrgicas, incluyendo el diagnóstico y evaluación ⁵	\$50
Diagnóstico, evaluación y tratamiento de enfermedad de las encías, incluyendo 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 y recubrimientos ⁵	\$250
Dentaduras postizas completas y parciales, revestimientos y rebases ⁵	\$100
Retenedores del puente y pónicos ⁵	\$250
Tratamiento de ortodoncia ⁵	\$2,500 de copago + \$20 por consulta
Implantes	50% (límite de 4 por vida)

¹ Los servicios deben ser prestados por un proveedor contratado por Kaiser Permanente para que los beneficios sean pagaderos. Consulte su *Manual para miembros*, también conocido como *Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)*, para obtener más detalles.

² El copago por visita al consultorio se aplica en cada visita, además de cualquier copago del plan por servicios, excepto en el caso de servicios preventivos, para los cuales deberá pagar un copago de \$0 en el consultorio.

³ Los rellenos en los dientes posteriores se pagan a la tarifa de amalgamas.

⁴ Los rellenos están cubiertos al 100% para los rellenos de amalgama en los dientes posteriores y los rellenos de resina compuesta del color de los dientes delanteros (línea de la sonrisa). Los pacientes pueden solicitar rellenos de resina compuesta para los dientes posteriores y pagar tarifas adicionales. Comuníquese directamente con Kaiser Permanente para obtener información sobre las tarifas.

⁵ El beneficio está sujeto a un periodo de espera de 12 meses para acceder al beneficio para inscritos tardíos.

Esto 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 más detalles sobre la cobertura de sus beneficios, las exclusiones y limitaciones, la revisión de reclamaciones y los procedimientos de adjudicación, consulte el *Manual para miembros*, también conocido como *Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)*, o llame a la línea de Servicios de atención a los miembros. En el caso de que haya un inconveniente entre este resumen y la EOC, prevalecerá lo que indique la EOC.

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

46 Beneficios dentales

WILLAMETTE DENTAL BENEFICIOS DE INSCRIPCIÓN



Durante más de 50 años, Willamette Dental se ha asociado orgullosamente con empleadores públicos en todo el noroeste del Pacífico, y ha ofrecido atención dental de alta calidad y una excelente cobertura de seguro a más de 450,000 pacientes. Nuestro enfoque de tratamiento basado en la evidencia y proactividad relacionada con la atención dental se centra en lo que más importa: proporcionar una atención de calidad, individualizada para cada paciente que educa para el futuro, en lugar de solo resolver los problemas inmediatos en cuestión.

DATOS BREVES



Sin máximo anual¹, ni deducibles



9 de cada 10 miembros de la OEBC recomiendan gustosamente a Willamette Dental



Servicios cubiertos con copagos previsibles y bajos



La mayoría de los consultorios se encuentran abiertos de lunes a viernes desde las 7:00 a. m. hasta las 5:30 p. m., con citas disponibles los sábados



Cobertura de ortodoncia asequible para adultos y niños

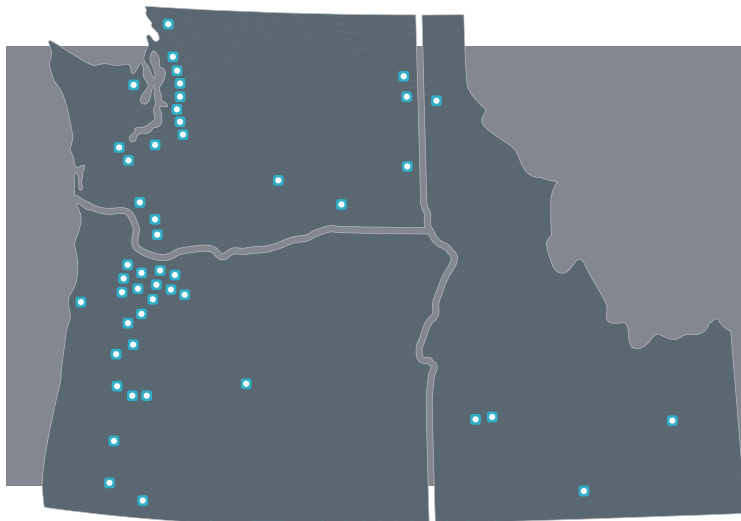


No hay cambios en el copago para el año del plan de 2022 / 2023

¡INICIE SU COLABORACIÓN CON NOSOTROS HOY MISMO!

Practicar una higiene bucal diaria en casa y colaborar con su dentista mantiene su cuerpo más sano. Nuestros dentistas están aquí para ayudarle. Para los miembros actuales y nuevos del plan de Willamette Dental, estamos deseosos de empezar a colaborar con usted. **Tanto es así que, si todavía no nos ha visitado, lo exoneramos del copago de la visita al consultorio cuando solicite una cita de paciente nuevo.**

UBICACIONES CONVENIENTES DE LOS CONSULTORIOS DENTALES



Las ubicaciones incluyen:

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

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

019-OR91(5/22) Cubierto por Willamette Dental Insurance, Inc.



RESUMEN DE BENEFICIOS DEL PLAN DE WILLAMETTE DENTAL

Para recibir los excelentes beneficios del plan de Willamette Dental, los miembros deben usar un proveedor de Willamette Dental en uno de nuestros consultorios convenientemente ubicados.

Este es un resumen. Consulte el Certificado de cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, exclusiones y limitaciones.

BENEFICIOS CUBIERTOS	COPAGOS
Máximo anual	Sin máximo anual ¹
Deducible	Sin deducible
Visita al consultorio para atención general o de ortodoncia	Usted paga \$20 por visita ²
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN	
Exámenes de rutina y de emergencia	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Radiografías	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Limpieza dental	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Tratamiento con flúor	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Selladores (por diente)	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Evaluaciones de cáncer de cabeza y cuello	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Educación para la higiene bucal	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Periodontograma	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Evaluación periodontal	Cubierto con el copago de visita al consultorio
RESTAURACIÓN DENTAL³	
Rellenos	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Coronas de porcelana sobre metal	Usted paga un copago de \$250 ⁴
PROSTODONCIA³	
Prótesis dental superior o inferior completa	Usted paga un copago de \$100 ⁴
Puente (por diente)	Usted paga un copago de \$250 ⁴
ENDODONCIA Y PERIODONCIA³	
Terapia para el tratamiento de conducto: frontal / premolar / molar	Usted paga un copago de \$50
Cirugía ósea (por cuadrante)	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Alisado radicular (por cuadrante)	Cubierto con el copago de visita al consultorio
CIRUGÍA ORAL³	
Extracción de rutina (un solo diente)	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Extracción quirúrgica	Usted paga un copago de \$50
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA³	
Tratamiento de preortodoncia	Usted paga un copago de \$150 ⁵
Tratamiento integral de ortodoncia	Usted paga un copago de \$2,500
IMPLANTES DENTALES³	
Cirugía de implante dental	El máximo del beneficio de implantes es de \$1,500 por año calendario
VARIOS³	
Placas oclusales	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Protectores bucales atléticos	Usted paga un copago de \$100
Anestesia local	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Tarifas de laboratorio dental	Cubierto con el copago de visita al consultorio
Óxido nítrico	Usted paga un copago de \$15
Visita al consultorio de especialistas	Usted paga \$20 por visita ²
Reembolso por atención de emergencia fuera del área	Usted paga los costos superiores a \$100

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

Cobertura de calidad para su sonrisa



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

Puntos destacados de los beneficios dentales

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

- Libertad para elegir un dentista
- Ahorros de tarifas contratadas de dentistas de la red
- Ahorros en dentistas dentro de la red
- Limpiezas cada seis meses
- Predeterminación de beneficios si se solicita en un plan de pretratamiento
- Sin formularios de reclamación
- Excelente servicio de atención al cliente

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

La salud bucal puede mejorar la salud general.

Con la combinación de un plan médico de Moda Health y un plan dental de Delta Dental, usted tendrá un servicio y atención coordinada que pueden tratar y prevenir problemas de salud que empiezan desde la boca, como:

- Diabetes
- Cardiopatía coronaria
- Enfermedad cerebrovascular

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.

¡Nuevo! Programa inicial preventivo

Los servicios preventivos no se acumulan para el máximo de su beneficio. Esto significa que los servicios como unas limpiezas dentales regulares no reducen el máximo de su beneficio y pueden utilizarse para otros servicios básicos y principales.

Las redes de Delta Dental van donde usted vaya

Cada plan de Delta Dental of Oregon viene con una red de Delta Dental. Incluye miles de dentistas en todo el estado y el país.

Los dentistas dentro de la red acuerdan aceptar nuestras tarifas contratadas como pago total. Además, no hacen facturación de saldos, es decir, la diferencia entre lo que nosotros pagamos y los honorarios del dentista. Esto puede ayudarle a ahorrar en los gastos extra. 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 2,200 proveedores en Oregon y más de 154,000 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 DentalSM

Esta es una de las redes dentales más grandes de la Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Oregon y de todo el país. Incluye más de 1,200 proveedores participantes en Oregon y ofrece acceso a más de 113,000 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 cubren los servicios proporcionados por un dentista de Premier ni por un dentista no contratado.



Health through Oral Wellness



Cuando se trata de la salud bucal, sabemos que algunas personas necesitan más atención que otras. El programa Health through Oral Wellness® de Delta Dental of Oregon ofrece beneficios adicionales a los miembros que tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades bucales.

El programa utiliza una evaluación de salud bucal clínica para determinar su riesgo de caries, enfermedades de las encías y cáncer bucal. Basado en la calificación de riesgo que obtenga, es posible que reúna los requisitos para limpiezas adicionales, tratamientos con flúor, selladores y mantenimiento periodontal.

Con los beneficios extra y atención relacionada, usted puede:

- Tomar el control de su salud bucal
- Prevenir problemas de salud bucal antes de que ocurran
- Acceder a los recursos para controlar su salud bucal
- Aprender a alcanzar y mantener un mejor bienestar bucal

¿Está listo para comenzar?

Siga estos sencillos pasos para consultar si usted cumple 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 sobre el programa. Si no está registrado, pídale 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 cumple los requisitos.

Tabla de beneficios de los planes dentales de 2022-23	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 año del plan					
Deducible	\$50	\$50	\$50	\$50	\$50
Máximo de beneficios	\$2,200	\$1,700	\$1,200	\$2,300	\$1,500
Servicios preventivos* y de diagnóstico¹					
Examen y profilaxis/limpiezas (una vez cada seis meses)	30% - 0% ²	30% - 0% ²	0%	0%	0%
Radiografías de aleta de mordida (una vez cada 12 meses)	30% - 0% ²	30% - 0% ²	0%	0%	0%
Aplicación tópica de flúor (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 reconstructivos					
Rellenos (dientes posteriores pagados para amalgama)	30% - 0% ²	30% - 0% ²	20%	30 - 0% ²	10%
Incrustaciones (tarifa de reembolso de resina compuesta)	30% - 0% ²	30% - 0% ²	20%	30 - 0% ²	10%
Cirugía oral 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 reconstructivos principales					
Coronas de oro o porcelana	30% - 0% ²	30%	50%	30 - 0% ²	20%
Implantes	30% - 0% ²	50%	50%	30 - 0% ²	20%
Recubrimientos	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 nítrico	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%

***¡NUEVO!** Los costos de los servicios preventivos no se acumulan para el máximo del plan.

1 No se aplica el deducible.

2 Bajo este plan de incentivo, los beneficios comienzan al 70% para el primer año de cobertura de su plan inicial. Posteriormente, los pagos de los beneficios aumentan en un 10% cada año del plan (hasta un máximo del 100%), siempre que la persona haya visitado al dentista, al menos, una vez durante el año del plan anterior. No hacerlo causará una reducción del 10% en el beneficio del siguiente año del plan, aunque el pago nunca será inferior al 70%.

3 Pasar de un plan de beneficios constantes (6 o PPO exclusivo) a un plan de beneficios de incentivo (1 o 5) hará que el nivel de beneficios comience al 70%.

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

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

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

Para las limitaciones y exclusiones, visite modahealth.com/oebb/members y consulte su Manual para miembros.



oebb

beneficios oftalmológicos

Le presentamos un nuevo *enfoque*



Cuando se trata de mejorar la salud, hay que ver para creer. Estos planes oftalmológicos garantizan que usted podrá enfocarse en sentirse bien.

Tabla de beneficios de los planes oftalmológicos de 2022-23	Opal	Pearl	Quartz
Máximo de beneficios	\$600	\$400	\$250
	Lo que usted paga		
Exámenes oculares (incluyen refracción) <i>Frecuencia: una vez por año del plan</i>		0% ¹	
Lentes ² <i>Frecuencia: lentes de contacto (incluidos los desechables) o un par de lentes por año del plan</i>		0% ¹	
Aros <i>Frecuencia: un par por año del plan para los miembros menores de 17 años de edad. Un par cada dos años del plan para los miembros de 17 años de edad y más.</i>		0% ¹	

¹ Sujeto al máximo de beneficio.

² Incluye lentes para visión sencilla, bifocales, trifocales o lentes de contacto.

Limitaciones y exclusiones

- Los beneficios del examen de la vista y artículos de la vista están sujetos al máximo de beneficio del año del plan.
- Los porcentajes mostrados reflejan cuánto pagan los miembros por el examen de la vista, los aros y lentes de contacto con cobertura.
- Los servicios sin cobertura y excluidos son responsabilidad del miembro y no aplican para el máximo del año del plan.

Para conocer más sobre las limitaciones y las exclusiones, visite modahealth.com/oebb/members y consulte su Manual para miembros.

54 beneficios oftalmológicos



En Vision Essentials de Kaiser Permanente, vemos la atención oftalmológica de forma diferente. Una vista sana es más que anteojos y lentes de contacto. Nuestros optometristas y oftalmólogos proporcionan atención oftalmológica integral, que incluye exámenes oculares de rutina, para ayudarle a mantener la visión aguda y sus ojos sanos.



Atención integrada

A través de nuestro sistema de historial clínico electrónico, 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 sobre las deficiencias en su atención médica y le ayudarán a programar citas preventivas, incluyendo vacunas, exámenes físicos y exámenes importantes de salud ocular.

Conveniencia

Contamos con clínicas desde Salem hasta Longview, la mayoría ubicadas en consultorios médicos. Para programar un examen, solicitar lentes de contacto o encontrar una ubicación cerca de usted, visite kp2020.org o llame al **1-800-813-2000** (TTY 711).



Obtener atención médica en el Condado de Lane

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

Para hacer una cita, por favor, comuníquese con:

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

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



Beneficios de los planes oftalmológicos de 2022-2023*	Plan 1	Plan 2A	Plan 2B	Plan 3
Examen de la vista	\$5	\$5	\$5	20% después del deducible
Asignación para artículos, una vez por año del plan				
Aros, anteojos y lentes de contacto	\$250	\$250	\$250	\$250
Beneficios adicionales				
Plan de protección 50/50	Los miembros puede devolver sus anteojos dañados, rotos o masticados adquiridos en Kaiser Permanente Vision Essentials, y les aplicaremos un 50% sobre el precio original pagado para reemplazarlos.			
Segundo par de anteojos completos	Ahorre un 30% en un segundo par de anteojos completos Elija entre los estilos que están hechos para distintos propósitos, como anteojos deportivos, anteojos con bloqueo de luz azul para la computadora y anteojos con cristales de seguridad.			



No olvide usar su asignación para los artículos de la vista.

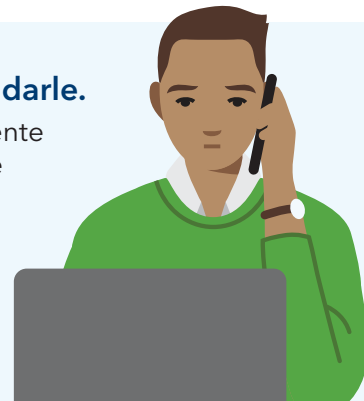
Los miembros de la OEBC pueden usar \$100 de su asignación de \$250 para anteojos de sol sin graduación y/o anteojos electrónicos para la vista cansada.

¿Desea hablar con nosotros? Estamos aquí para ayudarle.

Los Servicios de atención a los miembros de Kaiser Permanente pueden responder sus preguntas, como por ejemplo dónde recibir atención y qué opciones están incluidas.

Llame al **1-800-813-2000 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.

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



*Debe estar inscrito en un plan médico de Kaiser Permanente para inscribirse en el plan oftalmológico de Kaiser Permanente. Esto 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 más detalles sobre la cobertura de sus beneficios, las exclusiones y limitaciones, la revisión de reclamaciones y los procedimientos de adjudicación, consulte el *Manual para miembros*, también conocido como *Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)*, o llame a la línea de Servicios de atención a los miembros. En el caso de que haya un inconveniente entre este resumen y la EOC, prevalecerá lo que indique la EOC.

56 beneficios oftalmológicos

SUS OJOS TIENEN OPCIONES

¡La inscripción abierta ya está disponible! Inscribese en el plan de VSP para cuidar sus ojos y su salud general. Ahora tiene dos planes VSP para elegir, y así darle a sus ojos el amor que merecen.



La decisión es suya: puede quedarse con el plan VSP Choice Plan® o bien cambiarse al plan VSP® Choice Plus para ahorrar más en aros o lentes de contacto.



OBTENGA LO BÁSICO CON EL PLAN VSP CHOICE

Tendrá acceso a atención oftalmológica y a anteojos de calidad a costos bajos de gastos extras:

- Examen anual WellVision Exam®
- Anteojos o lentes de contacto
- VSP LightCare™
- Ofertas y ahorros especiales
- Terapia visual

ACTUALICE SU PLAN VSP CHOICE PLUS PARA PERSONALIZAR SU COBERTURA OFTALMOLÓGICA

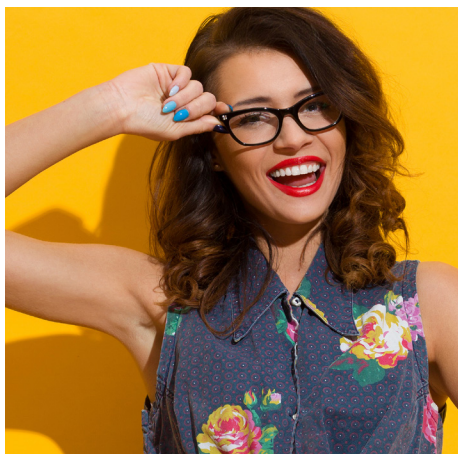
Usted y sus ojos son únicos, y su cobertura también debería serlo. Al actualizar su plan VSP Choice Plus, obtendrá todos los elementos básicos mencionados anteriormente y mucho más.

CREE SU CUENTA EN VSP.COM*

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

eyeconic

Obtenga lentes de contacto, anteojos y anteojos de sol utilizando sus beneficios oftalmológicos en **eyeconic.com**®, el vendedor minorista en línea preferido de VSP.



ESTE ES UN RESUMEN DEL PLAN VSP CHOICE PLUS

- **VSP LightCare**
Mayor asignación para anteojos de sol sin graduación
- **Mayor asignación para aros**
Cubre más aros de sus diseñadores favoritos
- **Recubrimiento antirreflejante**
Reduce el brillo y combate el reflejo
- **Lentes progresivos**
Vea con claridad a cualquier distancia
- **Terapia visual**
Evaluación completamente cubierta y 75% de descuento en las sesiones de terapia autorizadas

Conozca los detalles. Consulte su resumen de beneficios para miembros en la siguiente página.

Plan VSP Choice Plus

Red de proveedores de VSP: VSP Choice

Plan VSP Choice Plus

Red de proveedores de VSP: VSP Choice

Beneficio	Descripción	Copago
Cobertura del PLAN VSP CHOICE PLUS con un proveedor de VSP		
WellVision Exam	<ul style="list-style-type: none"> Se enfoca en sus ojos y en su bienestar general Cada 12 meses 	\$10
Anteojos con graduación		\$20
Aros	<ul style="list-style-type: none"> Asignación de \$350 en marcas destacadas de aros Asignación de \$300 en aros 20% de ahorro en la cantidad que exceda su asignación Asignación de aros equivalente a \$165 en Walmart/Sam's Club/Costco Cada 12 meses 	Incluido en anteojos con graduación
Lentes	<ul style="list-style-type: none"> Lentes para visión sencilla, lentes bifocales con línea y lentes trifocales con línea Cada 12 meses 	Incluido en anteojos con graduación
Mejoras para los lentes	<ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivos estándar Lentes resistentes a golpes Lentes resistentes a rayones y con recubrimiento contra UV Lentes progresivos de primera calidad Lentes progresivos personalizados Recubrimientos antirreflejantes Ahorro promedio del 30% en otras mejoras para lentes Cada 12 meses 	\$0 \$0 \$0 \$0 \$15 \$15 \$15
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	<ul style="list-style-type: none"> Asignación de \$300 para lentes de contacto; el copago no aplica Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación) Cada 12 meses 	Hasta \$60
VSP LightCare	<ul style="list-style-type: none"> Asignación de \$300 para anteojos de sol sin graduación listos para usar o anteojos con filtro de luz azul sin graduación listos para usar, en lugar de anteojos o lentes de contacto con graduación Cada 12 meses 	\$20

Beneficio	Descripción	Copago
Cobertura del PLAN VSP CHOICE con un proveedor de VSP		
WellVision Exam	<ul style="list-style-type: none"> Se enfoca en sus ojos y en su bienestar general Cada 12 meses 	\$10
Anteojos con graduación		\$20
Aros	<ul style="list-style-type: none"> Asignación de \$200 en marcas destacadas de aros Asignación de \$150 en aros 20% de ahorro en la cantidad que exceda su asignación Asignación de aros equivalente a \$80 en Walmart/Sam's Club/Costco Cada 12 meses 	Incluido en anteojos con graduación
Lentes	<ul style="list-style-type: none"> Lentes para visión sencilla, lentes bifocales con línea y lentes trifocales con línea Lentes resistentes a golpes para hijos dependientes Cada 12 meses 	Incluido en anteojos con graduación
Mejoras para los lentes	<ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivos estándar Lentes resistentes a rayones y con recubrimiento contra UV Lentes progresivos de primera calidad Lentes progresivos personalizados Ahorro promedio del 30% en otras mejoras para los lentes Cada 12 meses 	\$0 \$0 \$0 \$95 - \$105 \$150 - \$175
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	<ul style="list-style-type: none"> Asignación de \$150 para lentes de contacto; el copago no aplica Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación) Cada 12 meses 	Hasta \$60
VSP 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 sin graduación listos para usar, en lugar de anteojos o lentes de contacto con graduación Cada 12 meses 	\$20

Atención oftalmológica médica esencial	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de la retina para miembros con diabetes Exámenes adicionales y servicios que no sean del cuidado de rutina para tratar problemas inmediatos, desde la conjuntivitis hasta los cambios repentinos en la vista, o para controlar afecciones continuas como el ojo seco, enfermedad ocular diabética, glaucoma y más Es posible que aplique su cobertura médica coordinada Consulte con su médico de VSP para obtener más detalles. 	\$0 \$20 por examen disponible según sea necesario
Terapia visual	<ul style="list-style-type: none"> Usted obtendrá una evaluación completamente cubierta y 75% de descuento en las sesiones de terapia autorizadas, hasta \$750 anuales. Las sesiones cubren el diagnóstico y el tratamiento del ojo desviado, visión binocular, ojo vago, enfoque de los ojos y capacidad general para mover los ojos. Consulte con su médico para verificar si usted cumple los requisitos 	\$20

Ahorros adicionales	Anteojos y anteojos de sol <ul style="list-style-type: none"> \$50 adicionales para gastar en marcas destacadas de aros. Visite vsp.com/framebrands para obtener más detalles. 20% de ahorro en anteojos y anteojos para el sol adicionales, lo que incluye mejoras en los lentes, de cualquier proveedor de la red de VSP en un periodo de 12 meses desde su último WellVision Exam.
	Evaluación de la retina <ul style="list-style-type: none"> Copago no mayor de \$39 en la evaluación de rutina para la retina como una mejora del WellVision Exam.
	Corrección láser de la vista <ul style="list-style-type: none"> Aproximadamente 15% de descuento sobre el precio normal o 5% sobre el precio de promoción; los descuentos solo están disponibles en establecimientos contratados

SU COBERTURA CON PROVEEDORES FUERA DE LA RED

Aproveche al máximo sus beneficios y obtenga mayores ahorros con un médico de la red VSP. Llame a los servicios para miembros para conocer los detalles del plan fuera de la red.

La cobertura con una cadena de venta minorista puede 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 según su tipo de plan. VSP garantiza la cobertura de los proveedores de la red de VSP únicamente. La información sobre la cobertura está sujeta a cambios. En caso de un inconveniente 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 la ubicación En el estado de Washington, VSP Vision Care, Inc., es la denominación legal de la corporación a través de la cual opera VSP.

Inicie sesión en vsp.com para encontrar un proveedor dentro de la red según su tipo de plan.



oebb

beneficios opcionales



Programa de Asistencia al Empleado (Employee Assistance Program (EAP, por sus siglas en inglés)) disponible digitalmente con orientación

Si su empleador le ofrece los beneficios del EAP a su grupo de trabajo, los beneficios que se muestran en esta página están disponibles para usted y su familia SIN COSTO. El EAP ofrece asesoramiento confidencial, apoyo y soluciones prácticas a problemas de la vida real. Usted puede acceder a estos servicios de manera confidencial llamando a la línea gratuita y hablar con nuestro equipo de atención o puede acceder en línea.

Plataforma digital de salud mental y del EAP

- El acceso es confidencial. Realice la evaluación de bienestar y obtenga una calificación de bienestar.
- Reciba sus propias recomendaciones personalizadas.
- Inscribese a cursos digitales para desarrollar la resiliencia, el manejo del estrés y la salud mental.
- Utilice hasta **4 sesiones** con un instructor por teléfono o chat asincrónico ilimitado.
- Visite app.uprisehealth.com o descargue la aplicación de Uprise Health en [Google Play](#) o [Apple App Store](#).
- Cree una cuenta con su correo electrónico y el código de acceso: **OEBB**

Servicios de bienestar y de salud mental para miembros y familiares de la OEBB

- **Asesoramiento confidencial:** hasta **6** sesiones de asesoramiento personal, por video o teléfono para problemas de familia y pareja, estrés, ansiedad y otros problemas comunes.
- **Sesiones de grupo en línea:** para la recuperación de adicciones, ansiedad, depresión, trabajadores de primera línea, el duelo y pérdida, paternidad y más.

- **Ayuda para crisis las 24 horas:** acceso gratuito para usted o un familiar que esté sufriendo una crisis.
- **Tess, Chatbot de IA:** Chatbot las 24 horas del día, los 7 días de la semana para apoyo emocional y revisiones para mejorar el bienestar.

Servicios de Work-Life para miembros de la OEBB y sus familias.

- **Ayuda financiera:** 30 días de acceso con un especialista financiero personal que trabajará con el miembro para lograr el bienestar financiero mediante la identificación de metas financieras, la evaluación de la situación financiera actual y la elaboración de una recomendación de un plan de acción detallado.
- **Servicios legales:** una consulta legal de 30 minutos por cada asunto legal por separado sin ningún costo, 25% de reducción de la tarifa normal por hora si el miembro contrata al abogado o mediador.
- **Formularios legales:** crear, guardar, imprimir y revisar los formularios legales, incluyendo testamentos, contratos, arrendamientos y más.

- **Servicios sobre custodia y paternidad:** obtenga información y apoyo con la paternidad, problemas escolares, adopción, cuidado de los niños y otros asuntos importantes para los padres de familia.
- **Servicios de cuidados paliativos y adultos mayores:** obtenga ayuda para encontrar información y servicios de calidad, como el transporte, alimentos, actividades, cuidado durante el día, vivienda y más.
- **Capacitaciones y seminarios Web:** expertos de la industria presentarán mensualmente seminarios web sobre la vida laboral y personal en una variedad de temas.

Apoyo y servicios del EAP para supervisores

Todos los supervisores tienen acceso a consultas telefónicas y capacitaciones sobre el EAP y temas de administración:

- Incidentes graves
- Lugar de trabajo libre de drogas
- Hacer remisiones para empleados
- Desarrollo organizacional
- Educación y formación
- Conflictos en el lugar de trabajo

Comuníquese con Uprise Health:
members.uprisehealth.com
Código de acceso: OEBB
Lláme al: 866-750-1327

60 beneficios opcionales



Seguro de Vida y por AD&D

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

Seguro de Vida Opcional

Los empleados elegibles pueden optar por una cobertura del Seguro de Vida Opcional 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 del Seguro de Vida Opcional para Dependientes no puede exceder el 100% de la cobertura del Seguro de Vida Opcional para empleados.

La cantidad de emisión garantizada para la cobertura elegida por el empleado cuando es elegible por primera vez, es de \$200,000. Cualquier cantidad solicitada que exceda la cantidad de emisión garantizada estará sujeta a la aprobación suscrita de un médico. Los miembros 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 la cantidad de emisión garantizada) sin proporcionar evidencia de asegurabilidad. La cantidad de emisión garantizada para la cobertura del cónyuge/pareja cuando es elegible por primera vez, es de \$30,000. Cualquier cantidad solicitada que exceda la cantidad de emisión garantizada estará sujeta a la aprobación suscrita de un médico.

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

- **El paquete de Instrumentos de servicios para la vida*** es un recurso que puede ayudar a los empleados y a sus beneficiarios a afrontar la pérdida de un ser querido o a planificar el futuro. Los empleados pueden acceder a un portal en línea para planificación de la herencia, arreglos funerarios, prevención del robo de identidad, planificación financiera y recursos de salud y bienestar. Los servicios para los beneficiarios incluyen apoyo en el duelo y la pérdida, asesoramiento financiero y servicios legales.
- **Asistencia al viajero*** está disponible para los empleados cubiertos y los miembros de su familia al viajar más de 100 millas desde su hogar 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 del Seguro de Vida Opcional:

standard.com/eforms/10391d_646595.pdf

Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento: AD&D

Al participar en el plan del Seguro Colectivo Opcional por Muerte Accidental y Desmembramiento a través de la OEBB, su empleador le ofrece una excelente oportunidad para ayudarle a proteger a sus seres queridos. Con la cobertura opcional por AD&D, usted, sus dependientes o sus beneficiarios, según corresponda, pueden recibir un beneficio del Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento en el caso de una muerte o desmembramiento como resultado de un accidente cubierto. Puede elegir la cobertura para usted mismo o elegir la cobertura para usted y su cónyuge/pareja de hecho y/o sus hijos elegibles.

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

Folleto del Seguro Opcional por AD&D:

standard.com/eforms/4241_646595.pdf

* Los instrumentos de servicios para la vida se proporciona mediante un acuerdo con Health AdvocateSM, que no está afiliada a The Standard. La Asistencia al viajero se proporciona mediante un acuerdo con Assist America, que no está afiliada a The Standard. Estos servicios no son productos del seguro y es posible que estén sujetos a limitaciones o exclusiones.



Seguro por Incapacidad

El Seguro por Incapacidad

de Corto Plazo (Short Term Disability (STD, por sus siglas en inglés)) y el Seguro por Incapacidad de Largo Plazo (Long Term Disability (LTD, por sus siglas en inglés)) están diseñados para pagarle un beneficio en el caso de que se produzca un evento que le impida trabajar debido a una enfermedad, lesión o embarazo cubiertos. Estos beneficios reemplazan una parte de sus ingresos; por lo tanto, le ayudan a cumplir con sus obligaciones económicas al afrontar momentos de necesidad. Consulte con su empleador sobre la disponibilidad de inscripción.

Seguro por Incapacidad de Corto Plazo

El Seguro por 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 cubiertas. Este beneficio es un seguro de reemplazo de ingresos. La cantidad

del beneficio mensual, el periodo de espera en días calendario y la duración de los beneficios dependerán del plan seleccionado por su empleador.

Aviso: si se inscribe después de ser elegible o porque se produjo un evento que califica como tal a mitad de año, usted quedará sujeto a una penalización por inscripción tardía. Esto significa que si presenta una reclamación 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 STD no serán pagaderos hasta después de que haya estado incapacitado continuamente durante 60 días y siga incapacitado.

Folleto del Seguro por Incapacidad de Corto Plazo:

standard.com/eforms/10388d_646595.pdf

Seguro por Incapacidad de Largo Plazo

El Seguro por 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 cubierta. Este beneficio es un seguro de reemplazo de ingresos. La cantidad del beneficio mensual y el periodo de espera en días calendario dependerán del plan seleccionado por su empleador.

Folleto del Seguro por Incapacidad de Largo Plazo:

standard.com/eforms/10386d_646595.pdf

Seguro de Atención a Largo Plazo:



Unum

La OEBB ofrece el **Seguro de Atención a Largo Plazo** por medio de 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 de vida asistida o un hogar de ancianos privado.

Confirme con su empleador si este beneficio se encuentra disponible para usted y, si es así, cómo puede acceder a él. Obtenga más información en: unuminfo.com/OEBB



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 2022**

• De lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m.

Envíe un correo electrónico 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 Inscríbese para recibir beneficios de la OEBB

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

OEBBondemand.com Encuentre todo tipo de recursos a demanda, como videos educativos, diapositivas de presentaciones y manuales adicionales.

Formatos alternativos

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

Asista a la
**Feria
Virtual de
Beneficios**