



# Resumen de beneficios de la vista del año del plan 2024–2025



Servicios de la vista	Plan de la vista de Kaiser <sup>1</sup> Establecimientos de Kaiser Permanente	Plan Opal de Moda Se puede utilizar cualquier proveedor con licencia	Plan Pearl de Moda Se puede utilizar cualquier proveedor con licencia	Plan Quartz de Moda Se puede utilizar cualquier proveedor con licencia	Plan VSP Choice Plus Red de VSP Choice	Plan VSP Choice Red de VSP Choice
Cantidad máxima para el año del plan	\$250	\$600	\$400	\$250	N/A	N/A
<b>Examen de la vista de rutina:</b>						
Beneficio:	Cubierta bajo el plan médico de Kaiser Permanente (no aplica a la cantidad máxima del año del plan de la vista)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % después de un copago de \$10	El plan paga el 100 % después de un copago de \$10
Frecuencia:	Según sea necesario	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan			
<b>Lentes:</b>						
Beneficio de lentes básicos:	<b>Menos de 19 años de edad:</b> No se cobra por un armazón y anteojos o lentes de contacto estándares	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	Copago de \$20 (se aplica a lentes y armazón): Cobertura total para lentes monofocales, bifocales forrados, trifocales forrados o lenticulares de vidrio o plástico. Cobertura total para lentes de policarbonato, resistentes a rayones y recubrimiento contra UV.	Copago de \$20 (se aplica a lentes y armazón): Cobertura total para lentes monofocales, bifocales forrados, trifocales forrados o lenticulares de vidrio o plástico. Cobertura total para la resistencia a rayones y el recubrimiento contra UV. Lentes de policarbonato cubiertos totalmente para menores dependientes
Mejoras para los lentes:	<b>19 años y más:</b> El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)				\$0 de copago para lentes progresivos estándar \$15 de copago por revestimiento antirreflectante o lentes progresivos de primera calidad/personalizados	\$0 de copago para lentes progresivos estándar Descuento para policarbonato para adultos; revestimiento antirreflectante o lentes progresivos de primera calidad/personalizados
Frecuencia:	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan
<b>Marcos/armazones</b>						
Beneficio:	<b>Menos de 17 años de edad:</b> No se cobra por un par de armazones / lentes estándares	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	Cobertura total hasta la asignación minorista de <b>\$300</b> ; descuento del 20 % de la cantidad que supere la asignación minorista para los armazones	Cobertura total hasta la asignación minorista de <b>\$150</b> ; descuento del 20 % de la cantidad que supere la asignación minorista para los armazones
Frecuencia:	Una vez por año del plan	<b>Entre 0 y 16 años:</b> una vez por año del plan <b>17 años o más:</b> Una vez cada dos años del plan	<b>Entre 0 y 16 años:</b> una vez por año del plan <b>17 años o más:</b> Una vez cada dos años del plan	<b>Entre 0 y 16 años:</b> una vez por año del plan <b>17 años o más:</b> Una vez cada dos años del plan	Una vez por año del plan	una vez por año del plan
<b>Lentes de contacto (en vez de armazones y lentes)</b>						
Beneficio:	<b>Menos de 19 años de edad:</b> No hay cargo por lentes de contacto	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	El plan paga el 100 % (hasta la cantidad máxima del plan)	Cobertura total hasta la asignación minorista de <b>\$300</b>	Cobertura total hasta la asignación minorista de <b>\$150</b>
Frecuencia:	Una vez por año del plan	Hasta la cantidad máxima del plan	Hasta la cantidad máxima del plan	Hasta la cantidad máxima del plan	Una vez por año del plan	Una vez por año del plan
<b>Beneficios de medicamentos de venta sin receta</b>						
Beneficio:	\$100 de su asignación anual de \$250 pueden utilizarse para anteojos de sol sin receta y/o anteojos para la fatiga visual digital	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Los miembros de la OEbb pueden usar su asignación para armazones para pagar por anteojos de sol sin receta o anteojos con filtro de luz azul sin receta, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados	Los miembros de la OEbb pueden usar su asignación para armazones para pagar por anteojos de sol sin receta o anteojos con filtro de luz azul sin receta, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados

<sup>1</sup> Debe estar inscrito(a) en un plan de atención médica de Kaiser para inscribirse en el plan de atención de la vista de Kaiser.

Este documento es solo para fines de comparación. No describe completamente los beneficios de cada plan. Consulte los documentos de los planes para obtener más detalles. Si hay diferencias entre esta comparación y los documentos de los planes, los documentos de los planes prevalecerán.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en otro formato que prefiera sin costo alguno. Contacte a los Servicios para Miembros de la OEbb al 888-4My-OEbb (888-469-6322) o por correo electrónico a [oebb.benefits@odhsoha.oregon.gov](mailto:oebb.benefits@odhsoha.oregon.gov). Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.