



Comparación de beneficios para 2025-26

Planes de la vista

Esta es una comparación de planes de la vista de alto nivel. Para obtener más información, consulte los documentos del plan.

Not available
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Kaiser Permanente
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

\$49.80
moda
HEALTH

\$40.71
moda
HEALTH

\$28.74
moda
HEALTH

vsp
Vision Care \$33.97

vsp
Vision Care \$16.51

| Servicios de la vista | Plan de la vista de Kaiser ¹ Centros de Kaiser Permanente | Plan de Moda Opal Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia | Plan de Moda Pearl Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia | Plan de Moda Quartz Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia | Plan de VSP Choice Plus Plan de VSP Choice Network | Plan de VSP Choice Plan de VSP Choice Network |
|--------------------------------|--|---|--|---|---|--|
| Monto máximo por año del plan | \$250 | \$600 | \$400 | \$250 | No se aplica | No se aplica |
| Examen ocular de rutina | | | | | | |
| Beneficio | Cubierto por el plan médico de Kaiser Permanente (no se aplica al máximo anual del plan de la vista). | El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan) | El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan) | El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo 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 | Una vez por año del plan | Una vez por año del plan | Una vez por año del plan |
| Lentes | | | | | | |
| Beneficio básico de lentes | Menos de 19 años: Sin cargo por un par de marcos y lentes estándar o lentes de contacto De 19 años o más: El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan) | El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan) | El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan) | El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan) | \$20 de copago (se aplica a lentes y marcos): Lentes de vidrio o plástico monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares con cobertura total. Lentes de policarbonato, resistentes a los arañazos y con revestimiento UV completo. | \$20 de copago (se aplica a lentes y marcos): Lentes de vidrio o plástico monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria o lenticulares con cobertura total. Recubrimientos resistentes a rayaduras y rayos UV en toda la superficie. Lentes de policarbonato con cobertura total para hijos dependientes. |
| Mejoras para los lentes | | | | | \$0 de copago para lentes progresivos estándar \$15 de copago para recubrimiento antirreflejo o lentes progresivos premium/personalizados | \$0 de copago para lentes progresivos estándar Descuentos en policarbonato para adultos, recubrimiento antirreflejo o lentes progresivos premium/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 |

Planes de la vista — continuación

Esta es una comparación de planes de la vista de alto nivel. Para obtener más información, consulte los documentos del plan.

Not available
XXXXXXXXXXXXXXXX
Kaiser Permanente
XXXXXXXXXXXXXXXX

\$49.80
moda
HEALTH

\$40.71
moda
HEALTH

\$28.74
moda
HEALTH

vsp
Vision Care \$33.97

vsp
Vision Care \$16.51

| Servicios de la vista | Plan de la vista de Kaiser ¹ Centros de Kaiser Permanente | Plan de Moda Opal Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia | Plan de Moda Pearl Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia | Plan de Moda Quartz Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia | Plan de VSP Choice Plus Plan de VSP Choice Network | Plan de VSP Choice Plan de VSP Choice Network |
|---|--|---|---|---|---|---|
| Marcos | | | | | | |
| Beneficio | Menos de 19 años: Sin cargo para un par de marcos y lentes estándar. De 19 años o más: El plan paga el 100 % (hasta el máximo del plan) | El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan) | El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan) | El plan paga el 100 % (hasta el monto máximo del plan) | Con cobertura total después de \$20 de copago, hasta un límite de asignación minorista de \$300; 20 % de descuento sobre el importe que supere el límite de asignación minorista para marcos. | Con cobertura total después de \$20 de copago, hasta un límite de asignación minorista de \$150; 20 % de descuento sobre el importe que supere el límite de asignación minorista para marcos. |
| Marcos | | | | | | |
| Frecuencia | Una vez por año del plan | De 0 a 16 años: Una vez por año del plan De 17 años o más: Una vez cada dos años de plan | De 0 a 16 años: Una vez por año del plan De 17 años o más: Una vez cada dos años de plan | De 0 a 16 años: Una vez por año del plan De 17 años o más: Una vez cada dos años de plan | Una vez por año del plan | Una vez por año del plan |
| Lentes de contacto (en vez de marcos y lentes) | | | | | | |
| Beneficio | Menos de 19 años: Sin cargo para lentes de contactos De 19 años o más: El plan paga el 100 % (hasta el máximo del plan) | El plan paga el 100 % (hasta el máximo del plan) | El plan paga el 100 % (hasta el máximo del plan) | El plan paga el 100 % (hasta el máximo del plan) | Con cobertura total hasta un límite de asignación minorista de \$300; hasta \$60 de copago para la adaptación de lentes de contacto y el examen de evaluación | Con cobertura total hasta un límite de asignación minorista de \$150; hasta \$60 de copago para la adaptación de lentes de contacto y el examen de evaluación |
| Frecuencia | Una vez por año del plan | Hasta el máximo del plan | Hasta el máximo del plan | Hasta el máximo del plan | Una vez por año del plan | Una vez por año del plan |

Planes de la vista – continuación

Esta es una comparación de planes de la vista de alto nivel. Para obtener más información, consulte los documentos del plan.

Not available
XXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXX

\$49.80
moda
HEALTH

\$40.71
moda
HEALTH

\$28.74
moda
HEALTH

vsp
Vision Care \$33.97

vsp
Vision Care \$16.51

| Servicios de la vista | Plan de la vista de Kaiser¹ Centros de Kaiser Permanente | Plan de Moda Opal Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia | Plan de Moda Pearl Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia | Plan de Moda Quartz Puede utilizar cualquier proveedor(a) con licencia | Plan de VSP Choice Plus Plan de VSP Choice Network | Plan de VSP Choice Plan de VSP Choice Network |
|-----------------------------|---|---|--|---|--|--|
| Beneficio sin receta | Puede utilizar \$100 de la asignación anual de \$250 para anteojos de sol no recetados y/o anteojos de descanso de pantallas | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura | Los miembros de OEGB pueden utilizar su asignación para marcos para pagar anteojos de sol no recetados ya preparados o anteojos con filtro de luz azul no recetados ya preparados, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados | Los miembros de OEGB pueden utilizar su asignación para marcos para pagar anteojos de sol no recetados ya preparados o anteojos con filtro de luz azul no recetados ya preparados, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados |

1 Debe estar inscrito en un plan de atención médica de Kaiser para inscribirse en el plan de atención de la vista de Kaiser.

Este documento es para fines comparativos únicamente. No describe totalmente los beneficios de cada plan. Para obtener más información, consulte los documentos del plan. Si existe algún conflicto entre esta comparación y los documentos del plan, prevalecerán los documentos del plan.



Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o el formato que prefiera sin costo alguno. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de OEGB llamando al 888-4My-OEGB (888-469-6322) o enviando un mensaje de correo electrónico a oebb.benefits@odhsoha.oregon.gov. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.