

20 de 22

Planes de la vista — continuación

	Cost per month: KAISER PERMANENTE®	\$49.80 moda HEALTH	\$40.71 moda HEALTH	\$28.74 moda HEALTH	\$33.97 vsp vision care	\$16.51 vsp vision care
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
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

	Cost per month: KAISER PERMANENTE®	\$49.80 moda HEALTH	\$40.71 moda HEALTH	\$28.74 moda HEALTH	\$33.97 vsp vision care	\$16.51 vsp vision care
Servicios de la vista	Plan de la vista de Kaiser Permanente 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						
Beneficio	Puede utilizar \$100 de la asignación anual de \$200 para anteojos de sol no recetados y/o anteojos de descanso de pantallas	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Los miembros de OEGBB 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 OEGBB 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 OEGBB llamando al 888-4My-OEGBB (888-469-6322) o enviando un mensaje de correo electrónico a oebbb.benefits@odhsoha.oregon.gov. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.