

# 2026-2027 Actualizaciones y aclaraciones del plan Moda Health



A partir del 1.º de octubre de 2026

## Servicios médicos

Se continuarán ofreciendo los planes médicos 1 a 7.

- El deducible y el desembolso máximo para individuos aumentan \$250 en todos los planes.
- El deducible y el desembolso máximo (OOPM) para familias aumentan \$500 en todos los planes.
- Todos los copagos de los planes médicos 1 a 5 aumentan \$10, excepto los que corresponden a los servicios en una sala de emergencias y a niveles de costos adicionales.
- Eliminación de la visita al consultorio con incentivo y del copago del proveedor de atención primaria (PCP) virtual. Esto coincidirá con los copagos estándar por visita al consultorio.

**Garner:** el incentivo de la cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA) de Garner aumenta \$250/\$500.

- Un beneficio que le ayuda a encontrar médicos de alta calidad y a obtener el reembolso de los gastos médicos de bolsillo elegibles.
- Garner reembolsará a los miembros por utilizar proveedores de alta calidad para visitas al consultorio, diagnóstico por imágenes, análisis de laboratorio, procedimientos y medicamentos con receta hasta \$950 para un plan individual y \$1,900 para un plan familiar<sup>1</sup>.
- Cree su cuenta de Garner en [www.garnerguide.com/state-of-oregon-oebb](http://www.garnerguide.com/state-of-oregon-oebb) y comience a buscar a los mejores proveedores de Garner. Para crear su cuenta, deberá ingresar 'OEBB' como el nombre de su empleador.

A partir del 10/1/26, el Programa para Control de la Diabetes Teledoc (también conocido como Livongo) ya no estará disponible para los miembros de la OEBB.

**PCP 360:** los miembros aún tienen la opción de participar en la atención coordinada y recibir los beneficios al seleccionar un PCP 360 para los servicios de atención primaria.

Los **beneficios mejorados** incluyen:

- Un deducible individual más bajo.
- Un desembolso máximo individual más bajo.
- Costos más bajos para ciertos servicios, como visitas al consultorio de atención primaria, visitas al consultorio de especialistas y atención alternativa.

## Farmacia

- Suministro obligatorio para 90 días. Esto significa que los miembros ahora deberán surtir un suministro de 90 días para ciertos medicamentos de mantenimiento y para los medicamentos GLP-1 utilizados para controlar la diabetes a través de la farmacia por correo o en una farmacia minorista con suministro para 90 días.

## Cobertura de la visión

Sin cambios.



**¡NUEVO!** La infusión de quimioterapia en el hogar estará cubierta sin costo para el miembro.



**¡NUEVO!** Todas las pruebas genéticas requerirán autorización previa.



**¡NUEVO!** A partir del 10/1/26, los miembros de la OEBB que vivan en Alaska (AK) utilizarán la red Connexus de Moda. Esto significa que los miembros que viven en AK ya no tendrán acceso a la red de First Health.



**¡NUEVO!** Las limpiezas dentales y las radiografías ahora tienen cobertura para dos veces al año en lugar de una vez cada 6 meses.

## Cobertura dental

- Sin cambios en los copagos y coseguros dentales.
- Los planes Exclusive PPO requieren que los miembros utilicen un proveedor de Delta Dental PPO. No hay beneficios fuera de la red.
- Los miembros con cobertura dental de la OEBB cuentan con el beneficio **Preventive First**. Esto significa que no todos los servicios preventivos se acumulan para el monto máximo del beneficio anual. Usted tendrá dólares adicionales para usar en servicios básicos y de mayor complejidad (es decir, empastes, coronas e implantes).

<sup>1</sup> Los miembros del plan de salud con deducible alto (los planes médicos 6 y 7), antes de recibir el incentivo de Garner, deben alcanzar el deducible mínimo anual que establece el Servicio de Impuestos Internos (IRS): \$1,650 para un plan individual y \$3,300 para uno familiar.

## Opciones de planes de Delta Dental

|  | Plan 1 <sup>1</sup>  | Plan 5 <sup>2</sup> | Plan 6  | Exclusive PPO <sup>3</sup> | Plan Exclusive PPO – Incentive <sup>3</sup> |
|--|----------------------|---------------------|---------|----------------------------|---|
| Red  | Delta Dental Premier |                     |         | Delta Dental PPO           |   |
| Deducible  | \$50                 | \$50                | \$50    | \$50                       | \$50  |
| Beneficio máximo                                       | \$2,200              | \$1,700             | \$1,200 | \$1,500                    | \$2,300                                     |
| <b>Dentro de la red, el miembro paga lo siguiente:</b> |                      |                     |         |                            |   |
| Servicios preventivos/diagnósticos <sup>1</sup>        | 30 %-0 %             | 30 %-0 %            | 0 %     | 0 %                        | 0 %   |
| Servicios de restauración                              | 30 %-0 %             | 30 %-0 %            | 20 %    | 10 %                       | 30 %-0 %                                    |
| Servicios de restauración complejos                    | 30 %-0 %             | 30 %                | 50 %    | 20 %                       | 30 %-0 %                                    |
| Prostodoncia   | 30 %-0 %             | 50 %                | 50 %    | 20 %                       | 30 %-0 %                                    |
| Ortodoncia (máximo de por vida de \$1,800)             | 20 %                 | 20 %                | N/C     | 20 %                       | 20 %  |

1 Sin deducible.

2 Conforme a este plan de incentivos, los beneficios comienzan en el 70 % para el primer año del plan de cobertura de la persona. A partir de ahí, los pagos de los beneficios aumentan un 10 % cada año del plan (hasta un beneficio máximo del 100 %), siempre y cuando la persona haya consultado al dentista al menos una vez durante el año del plan anterior. Si este no es el caso, se aplica una reducción del 10 % en el pago de los beneficios el siguiente año del plan. No obstante, el pago no puede ser inferior al 70 %.

3 Este plan no tiene beneficios fuera de la red. Los servicios recibidos fuera de la red de Delta Dental PPO no están cubiertos, salvo en situaciones de emergencia dental.

## Planes médicos 1-7 (red Connexus)<sup>3</sup>

|                    | Deducible |         | Desembolso |         | Atención primaria |         | Consultas con especialistas |         | Atención alternativa |         | Atención médica de urgencia |         |
|--------------------|-----------|---------|------------|---------|-------------------|---------|-----------------------------|---------|----------------------|---------|-----------------------------|---------|
|                    | Con CCM   | Sin CCM | Con CCM    | Sin CCM | Con CCM           | Sin CCM | Con CCM                     | Sin CCM | Con CCM              | Sin CCM | Con CCM                     | Sin CCM |
| Plan médico 1      | \$950     | \$1,050 | \$4,000    | \$4,400 | \$35 <sup>1</sup> | 20 %    | \$55 <sup>1</sup>           | 20 %    | \$35 <sup>1</sup>    | 20 %    | \$55 <sup>1</sup>           | 20 %    |
| Plan médico 2      | \$1,350   | \$1,450 | \$5,000    | \$5,400 | \$35 <sup>1</sup> | 20 %    | \$55 <sup>1</sup>           | 20 %    | \$35 <sup>1</sup>    | 20 %    | \$55 <sup>1</sup>           | 20 %    |
| Plan médico 3      | \$1,750   | \$1,850 | \$6,000    | \$6,400 | \$40 <sup>1</sup> | 25 %    | \$65 <sup>1</sup>           | 25 %    | \$40 <sup>1</sup>    | 25 %    | \$65 <sup>1</sup>           | 25 %    |
| Plan médico 4      | \$2,150   | \$2,250 | \$7,850    | \$8,250 | \$40 <sup>1</sup> | 25 %    | \$65 <sup>1</sup>           | 25 %    | \$40 <sup>1</sup>    | 25 %    | \$65 <sup>1</sup>           | 25 %    |
| Plan médico 5      | \$2,550   | \$2,650 | \$7,950    | \$8,350 | \$45 <sup>1</sup> | 25 %    | \$65 <sup>1</sup>           | 25 %    | \$45 <sup>1</sup>    | 25 %    | \$65 <sup>1</sup>           | 25 %    |
| Plan médico 6 HDHP | \$2,150   | \$2,250 | \$7,550    | \$7,900 | 15 %              | 20 %    | 15 %                        | 20 %    | 20 %                 | 25 %    | 15 %                        | 20 %    |
| Plan médico 7 HDHP | \$2,550   | \$2,650 | \$7,650    | \$7,900 | 20 %              | 25 %    | 20 %                        | 25 %    | 20 %                 | 25 %    | 20 %                        | 25 %    |

1 Sin deducible. Todos los montos son responsabilidad del miembro.

2 Se muestran los montos exclusivos para suscriptores. El deducible familiar y los desembolsos máximos varían según el plan. Consulte el folleto de opciones de planes para obtener más detalles.

3 Los costos compartidos reflejan los importes individuales.

Cobertura médica/de la visión 866-932-0409  
 Cobertura dental 866-923-0410  
 Farmacia 866-923-0411  
[modahealth.com/oebb](http://modahealth.com/oebb)

