

Comparación de los Niveles de la Cobertura de Salud de Oregon 2026



	Plan de Salud de Oregon (OHP) y Puente al OHP	Oregon Standard Bronze	Oregon Standard Silver	Standard Silver: 201 %-250 %	Standard Silver: 151 %-200 %	Standard Silver: 139 %-150 %	Oregon Standard Gold
Deducible médico	\$0	\$9,200 combinados	\$6,100	\$5,000	\$1,175	\$150	\$1,800
Deducible de medicamentos recetados	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Monto máximo de bolsillo	\$0	\$9,200	\$9,200	\$8,050	\$3,350	\$1,175	\$8,150
Hospitalización	\$0	Sin cargo después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible	10 % después del deducible	10 % después del deducible	20 % después del deducible
Ambulatorio	\$0	Sin cargo después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible	10 % después del deducible	10 % después del deducible	20 % después del deducible
Sala de emergencias	\$0	Sin cargo después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible	10 % después del deducible	10 % después del deducible	20 % después del deducible
Radiografías y diagnóstico por imágenes	\$0	Sin cargo después del deducible	30 % después del deducible	30 % después del deducible	10 % después del deducible	10 % después del deducible	20 % después del deducible
Atención preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Visita al consultorio de atención primaria/ salud mental	\$0	\$50*	\$40*	\$40*	\$15*	\$10*	\$20*
Visita a un especialista	\$0	\$150	\$100	\$90	\$40	\$25	\$40
Atención urgente	\$0	\$100	\$70	\$70	\$40	\$30	\$60
Medicamentos recetados genéricos	\$0	\$25	\$15	\$15	\$10	\$5	\$10
Medicamentos recetados de marca preferida	\$0	Sin cargo después del deducible	\$60	\$60	\$25	\$10	\$30
Medicamentos recetados de marca no preferida/de especialidad	\$0	Sin cargo después del deducible	50 %	50 %	50 %	25%	50 %
Fisioterapia	\$0	\$50	\$40	\$40	\$15	\$10	\$20
Terapia ocupacional y del habla	\$0	\$50	\$40	\$40	\$15	\$10	\$20
Acupuntura	\$0	\$50	\$40	\$40	\$15	\$10	\$20
Quiropráctica	\$0	\$50	\$40	\$40	\$15	\$10	\$20

* Las primeras tres visitas cuestan \$5.

Entender la cobertura de salud

Coseguro

El porcentaje de los costos de un servicio de atención médica cubierto que usted paga; el 20 % por una radiografía, por ejemplo.

Copago

Monto fijo que se paga por un servicio de atención médica cubierto; \$20 por una visita al médico, por ejemplo.

Costos compartidos

La compañía de seguros de salud y el afiliado comparten los costos de los beneficios cubiertos.

Deducible

El monto que usted paga antes de que el plan comience a pagar los servicios cubiertos. En Oregon, varios planes no requieren que el afiliado pague el deducible cuando tienen visitas en consultorios, pero pagarán el deducible en el caso de servicios como hospitalizaciones o cirugías. Es muy importante recordar que hay muchos servicios cubiertos por planes de salud, ya sea en su totalidad o de forma parcial, antes de cubrir el deducible.

Monto máximo de bolsillo (OOP)

El monto máximo que tendrá que pagar por servicios cubiertos en un año del plan. Después de gastar este monto en deducibles, copagos y coseguros por la atención y los servicios dentro de la red, su plan de salud paga el 100 % de los costos de los beneficios cubiertos. Los gastos que no se tienen en cuenta para calcular el monto máximo de bolsillo son los siguientes:

- su prima mensual,
- todo lo que gaste en servicios que su plan no cubre,
- atención y servicios fuera de la red.

Red

Un grupo de proveedores, clínicas, hospitales y farmacias contratados por una compañía aseguradora para brindar asistencia o servicios a los afiliados. Para averiguar si su proveedor o centro preferido pertenecen a la red, póngase en contacto con su compañía aseguradora o consulte su directorio de proveedores, que puede encontrar en orhim.info/health-plans.

Prima

El monto que paga cada mes por su seguro de salud.

Servicios preventivos

Los servicios preventivos y de bienestar suelen estar cubiertos sin copagos ni coseguros antes de que cubra el deducible de su plan, siempre que se los solicite su médico y los reciba de un proveedor o centro de la red. Su compañía de seguros de salud no puede limitar los servicios preventivos recomendados en función del sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado; por ejemplo, que un hombre transexual con tejido mamario residual o cuello uterino intacto se haga una mamografía o una prueba de Papanicolaou.

Proveedor

Alguien que brinda servicios de atención médica, como un médico, un dentista o un terapeuta.

Obtenga más información sobre el mercado de coberturas de salud en orhim.info/marketplace.