

# BRONZE 60 EPO \$6,300/\$75 + CHILD DENTAL INF SCHEDULE OF BENEFITS

Un Proveedor Dentro la Red de Oscar debe proveer todos los servicios e insumos, a menos que un Proveedor Fuera de la Red esté autorizado por Oscar y excepto en el caso de Emergencias y Cuidados de Urgencia. Si recibe servicios cubiertos en un Centro Dentro de la Red y, a causa de ello, un Proveedor Fuera de la Red le presta servicios, pagará una suma que no superará el monto de los costos compartidos que pagaría por los mismos servicios cubiertos si los prestara un Proveedor Dentro de la Red. Este programa tiene el propósito de ayudarlo a comparar los beneficios cubiertos y solamente es un resumen. Para una descripción detallada de los beneficios cubiertos y las limitaciones, debe consultar el Acuerdo del Miembro y el Formulario Combinado de Evidencia de Cobertura y Divulgación.

## Deducible

Este es el monto de los Cargos Cubiertos que una Persona Cubierta debe pagar antes de que el Acuerdo del Miembro y el Formulario Combinado de Evidencia de Cobertura y Divulgación paguen los beneficios por dichos cargos. El Deducible no incluye el Coaseguro, los Copagos ni los Cargos No Cubiertos.

## Límite de Gastos de Su Bolsillo

Este es el monto máximo anual en dólares que una Persona Cubierta debe pagar como Copago, Deducible y Coaseguro por todos los servicios e insumos cubiertos en un Año Calendario. Todos los montos pagados como Copago, Deducible y Coaseguro se tendrán en cuenta para el Límite de Gastos de Su Bolsillo. Una vez que se ha alcanzado el Límite de Gastos de Su Bolsillo, la Persona Cubierta ya no tiene obligación de pagar montos como Copago, Deducible o Coaseguro por los servicios e insumos cubiertos Dentro de la Red durante el resto del Año Calendario.

## Copago

Este es un monto especificado en dólares que una Persona Cubierta debe pagar por los Cargos Cubiertos especificados.

## Coaseguro

Este es el porcentaje de un Cargo Cubierto que la Persona Cubierta debe pagar.

## Deducible

Individual	\$6,300.00
Familiar	\$12,600.00

## Límite de Gastos de Su Bolsillo

Individual	\$7,000.00
Familiar	\$14,000.00

## Deducible de Medicamentos Recetados

Individual	\$500.00
Familiar	\$1,000.00

SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES	Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante	Límites
Visitas al Consultorio del Médico de Atención Primaria	Copago de \$75.00 después del deducible	Las primeras tres (3) visitas no preventivas no están sujetas al deducible. Estas pueden incluir visitas de atención primaria, visitas al consultorio de otros profesionales, especialistas, atención de urgencia o consultas ambulatorias por trastornos de salud mental o conductual o de consumo de sustancias.
Visita al Consultorio del Especialista	Copago de \$105.00 después del deducible	Las primeras tres (3) visitas no preventivas no están sujetas al deducible. Estas pueden incluir visitas de atención primaria, visitas al consultorio de otros profesionales, especialistas, atención de urgencia o consultas ambulatorias por trastornos de salud mental o conductual o de consumo de sustancias.
Visitas al Consultorio de todos los demás Profesionales	Copago de \$75.00 después del deducible	Las primeras tres (3) visitas no preventivas no están sujetas al deducible. Estas pueden incluir visitas de atención primaria, visitas al consultorio de otros profesionales, especialistas, atención de urgencia o consultas ambulatorias por trastornos de salud mental o conductual o de consumo de sustancias.
Acupuntura	Copago de \$75.00 después del deducible	Las primeras tres (3) visitas no preventivas no están sujetas al deducible. Estas pueden incluir visitas de atención primaria, visitas al consultorio de otros profesionales, especialistas, atención de urgencia o consultas ambulatorias por trastornos de salud mental o conductual o de consumo de sustancias.
Servicios Complejos de Diagnóstico por Imágenes (TC/TEP, RM)	Coaseguro del 100% después del deducible	<b>Se puede requerir Autorización Previa.</b>

<b>Pruebas de Alergias: Visitas al Médico de Atención Primaria</b>	Copago de \$75.00 después del deducible	Las primeras tres (3) visitas no preventivas no están sujetas al deducible. Estas pueden incluir visitas de atención primaria, visitas al consultorio de otros profesionales, especialistas, atención de urgencia o consultas ambulatorias por trastornos de salud mental o conductual o de consumo de sustancias.
<b>Pruebas de Alergias: Visitas al Consultorio del Especialista</b>	Copago de \$105.00 después del deducible	Las primeras tres (3) visitas no preventivas no están sujetas al deducible. Estas pueden incluir visitas de atención primaria, visitas al consultorio de otros profesionales, especialistas, atención de urgencia o consultas ambulatorias por trastornos de salud mental o conductual o de consumo de sustancias.
<b>Servicios de Anestesia: Pacientes Ambulatorios</b>	Coaseguro del 100% después del deducible	
<b>Servicios de Anestesia: Pacientes Hospitalizados</b>	Coaseguro del 100% después del deducible	
<b>Quimioterapia Se puede requerir Autorización Previa.</b>	Coaseguro del 100% después del deducible	Costos compartidos para medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral hasta un límite de \$200 por cada suministro de 30 días
<b>Servicios de Medicina Ambulatorios para Rehabilitación Física (Fisioterapia, Terapia Ocupacional o Terapia del Habla) Se puede requerir Autorización Previa.</b>	Copago de \$75.00 no sujeto al deducible	
<b>Servicios de Medicina Ambulatorios para Habilitación Física (Fisioterapia, Terapia Ocupacional o Terapia del Habla) Se puede requerir Autorización Previa.</b>	Copago de \$75.00 no sujeto al deducible	
<b>Procedimientos de Laboratorio y Pruebas Genéticas Se puede requerir Autorización Previa.</b>	Copago de \$40.00 no sujeto al deducible	

**Cuidado de Maternidad y para Recién Nacidos**

Diagnóstico y otro Cuidado Prenatal y Posnatal	Copago de \$75.00 después del deducible	
Cuidado Prenatal y Posnatal de Rutina	Copago de \$0 no sujeto al deducible	
Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados y Centro de Maternidad	Coaseguro del 100% después del deducible	
Médico y Servicios de Partera	Coaseguro del 100% después del deducible	
Extractor de Leche	Copago de \$0 no sujeto al deducible	
<b>Cuidados preventivos</b>	Copago de \$0 no sujeto al deducible	
<b>Radiografías y Diagnóstico por Imágenes Se puede requerir Autorización Previa.</b>	Coaseguro del 100% después del deducible	
<b>Servicios Médicos Ambulatorios</b>	<b>Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante</b>	<b>Límites</b>
<b>Tasa del Centro Quirúrgico Ambulatorio Se puede requerir Autorización Previa.</b>	Coaseguro del 100% después del deducible	
<b>Tasas del Médico/Cirujano para Pacientes Ambulatorios Se puede requerir Autorización Previa.</b>	Coaseguro del 100% después del deducible	
<b>Consultas Ambulatorias</b>	Coaseguro del 100% después del deducible	

<b>Servicios Médicos de Hospitalización</b>	<b>Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante</b>	<b>Límites</b>
<b>Tasa del Centro para Pacientes Hospitalizados</b> Se requiere Autorización Previa. Sin embargo, no se requiere Autorización Previa para las hospitalizaciones de emergencia.	Coaseguro del 100% después del deducible	
<b>Tasas del Médico/ Cirujano para Pacientes Ambulatorios</b> Se requiere Autorización Previa. Sin embargo, no se requiere Autorización Previa para las hospitalizaciones de emergencia.	Coaseguro del 100% después del deducible	
<b>Centro de Enfermería Especializada</b> Se requiere una autorización previa.	Coaseguro del 100% después del deducible	100 visitas por Año del Plan
<b>Cobertura Médica de Emergencia</b>	<b>Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante</b>	<b>Límites</b>
<b>Tasa de la Sala de Emergencias</b> Sin cargo en caso de hospitalización	Coaseguro del 100% después del deducible	
<b>Tasa del Médico de la Sala de Emergencias</b> Sin cargo en caso de hospitalización	Copago de \$0 no sujeto al deducible	
<b>Centro de Atención de Urgencia</b>	Copago de \$75.00 después del deducible	Las primeras tres (3) visitas no preventivas no están sujetas al deducible. Estas pueden incluir visitas de atención primaria, visitas al consultorio de otros profesionales, especialistas, atención de urgencia o consultas ambulatorias por trastornos de salud mental o conductual o de consumo de sustancias.
<b>Servicios de Ambulancia</b>	<b>Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante</b>	<b>Límites</b>
<b>Transporte de Emergencia/Ambulancia</b> Se requiere Autorización Previa para transporte en ambulancia que no sea de emergencia	Coaseguro del 100% después del deducible	

<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b> <b>Se puede requerir Autorización</b> <b>Previa/tratamiento escalonado</b>	<b>Responsabilidad del Afiliado</b> <b>por los Costos Compartidos del</b> <b>Proveedor Participante</b>	<b>Límites</b>
<b>Farmacia Minorista</b>		
Suministro para 30 días		
Tipo 1: Medicamentos Genéricos	Coaseguro del 100% después del deducible por medicamentos recetados	Hasta \$500 por receta después del deducible de la farmacia
Tipo 2: Medicamentos de Marca Preferidos	Coaseguro del 100% después del deducible por medicamentos recetados	Hasta \$500 por receta después del deducible de la farmacia
Tipo 3: Medicamentos de Marca No Preferidos	Coaseguro del 100% después del deducible por medicamentos recetados	Hasta \$500 por receta después del deducible de la farmacia
Tipo 4: Medicamentos Especiales	Coaseguro del 100% después del deducible por medicamentos recetados	Hasta \$500 por receta después del deducible de la farmacia
<b>Farmacia de Pedidos por Correo</b>		
Suministro para 90 días (excepto para Tipo 4)		
Tipo 1: Medicamentos Genéricos	Coaseguro del 100% después del deducible por medicamentos recetados	Hasta \$1500 por receta después del deducible de la farmacia
Tipo 2: Medicamentos de Marca Preferidos	Coaseguro del 100% después del deducible por medicamentos recetados	Hasta \$1500 por receta después del deducible de la farmacia
Tipo 3: Medicamentos de Marca No Preferidos	Coaseguro del 100% después del deducible por medicamentos recetados	Hasta \$1500 por receta después del deducible de la farmacia
Tipo 4: Medicamentos Especiales	Coaseguro del 100% después del deducible por medicamentos recetados	Limitado a un suministro para 30 días Hasta \$500 por receta después del deducible de la farmacia
<b>Equipo Médico Duradero</b>	<b>Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante</b>	<b>Límites</b>
<b>Equipo Médico Duradero y Órtesis</b> <b>Autorización Previa requerida si el costo anual (compra/alquiler) &gt; \$500</b>	Coaseguro del 100% después del deducible	

Servicios de Salud Mental	Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante	Límites
<p>Cuidados de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados (para hospitalización continua en el Hospital)</p> <p>Se puede requerir Autorización Previa. Sin embargo, no se requiere Autorización Previa para las hospitalizaciones de emergencia.</p>	<p>Coaseguro del 100% después del deducible</p>	
<p>Tasas del Médico para Pacientes Internos</p> <p>Se puede requerir Autorización Previa. Sin embargo, no se requiere Autorización Previa para las hospitalizaciones de emergencia.</p>	<p>Coaseguro del 100% después del deducible</p>	
<p>Visitas Ambulatorias al Consultorio de Salud Mental</p>	<p>Copago de \$75.00 después del deducible</p>	<p>Las primeras tres (3) visitas no preventivas no están sujetas al deducible. Estas pueden incluir visitas de atención primaria, visitas al consultorio de otros profesionales, especialistas, atención de urgencia o consultas ambulatorias por trastornos de salud mental o conductual o de consumo de sustancias.</p>
<p>Servicios e Insumos de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios</p>	<p>Copago de \$75.00 después del deducible</p>	

<b>Servicios contra la Dependencia de Sustancias Químicas</b>	<b>Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante</b>	<b>Límites</b>
<b>Servicios para Pacientes Hospitalizados por el Uso de Sustancias (para hospitalización continua en el Hospital)</b> <b>Se puede requerir Autorización Previa.</b> <b>Sin embargo, no se requiere Autorización Previa para las hospitalizaciones de emergencia.</b>	Coaseguro del 100% después del deducible	
<b>Tasas del Médico para Pacientes Internos</b> <b>Se puede requerir Autorización Previa.</b> <b>Sin embargo, no se requiere Autorización Previa para las hospitalizaciones de emergencia.</b>	Coaseguro del 100% después del deducible	
<b>Visitas Ambulatorias al Consultorio por Uso de Sustancias</b>	Copago de \$75.00 después del deducible	Las primeras tres (3) visitas no preventivas no están sujetas al deducible. Estas pueden incluir visitas de atención primaria, visitas al consultorio de otros profesionales, especialistas, atención de urgencia o consultas ambulatorias por trastornos de salud mental o conductual o de consumo de sustancias.
<b>Servicios e Insumos por Uso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios</b>	Copago de \$75.00 después del deducible	
	<b>Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante</b>	<b>Límites</b>
<b>Servicios médicos a domicilio</b> <b>Cuidados de Salud en el Hogar</b> <b>Se puede requerir Autorización Previa.</b>	Coaseguro del 100% después del deducible	100 visitas

SERVICIOS ADICIONALES, EQUIPOS y DISPOSITIVOS	Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante	Límites
<b>Equipos e Insumos para Diabéticos y Educación para el Automanejo de la Diabetes</b>		
Equipos para Diabéticos <b>Se puede requerir Autorización Previa.</b>	Coaseguro del 100% después del deducible	
Insumos para Diabéticos <b>Se puede requerir Autorización Previa.</b>	Coaseguro del 100% después del deducible	
Educación sobre Diabetes	Copago de \$0 no sujeto al deducible	
<b>Servicios de Hospicio</b> <b>Se puede requerir Autorización Previa.</b>	Copago de \$0 no sujeto al deducible	

Odontología y Oftalmología Pediátricas	Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante	Límites
<b>Odontología Pediátrica</b>		Consulte el Programa de Beneficios de Odontología Pediátrica Complementaria
<b>Oftalmología Pediátrica</b>		
Exámenes	Copago de \$0 no sujeto al deducible	Un (1) examen por Año del Plan Copago de \$0 para visitas preventivas, no sujetas al deducible
Lentes y Marcos	Copago de \$0 no sujeto al deducible	Un (1) lente y marco recetados por Año Calendario
Lentes de Contacto	Copago de \$0 no sujeto al deducible	Solo en lugar de anteojos

# Aviso de no discriminación: la discriminación atenta contra la ley

Oscar cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Oscar no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Oscar hace lo siguiente:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados en todo momento, en todos los puntos de contacto
  - Información escrita en idiomas clave

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Member Services (Servicios para Afiliados) al 1-855-OSCAR-55 (TTY: 7-1-1).

Si considera que Oscar no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con la información de contacto que figura a continuación:

**Afiliados de NY/NJ/TX/OH/TN:** Oscar Insurance, Attention Grievances PO Box 278, New York, NY 10013

**Afiliados de CA:** Oscar Health Plan of California, Attention Grievances 3535 Hayden Avenue, Suite 230, Culver City, CA 90232

1-855-OSCAR-55 (TTY: 7-1-1), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y sábados y domingos, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Este). Fax: 1-888-977-2062. Correo electrónico: [help@hioscar.com](mailto:help@hioscar.com). Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Grievances Department (Departamento de Quejas) de Oscar está a su disposición para brindársela.

Además, puede presentar una reclamación de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles), de manera electrónica a través del portal de reclamaciones de dicha oficina, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW Room 509F,  
HHH Building Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamación en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Servicios de asistencia lingüística para sordos o personas con discapacidad auditiva

ATENCIÓN: Si usted es sordo o tiene una discapacidad auditiva, tiene a su disposición servicios gratuitos para convertir audio en texto. Llame al 1-855-Oscar-55 y marque 711 para poder utilizar los servicios TTY/TDD.

# Multi-language interpreter services

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-OSCAR-55.

**繁體中文 (Chinese):** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-OSCAR-55。

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-OSCAR-55.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-OSCAR-55.

**한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-OSCAR-55 번으로 전화해 주십시오.

**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-OSCAR-55.

**אידיש (Yiddish):** אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-855-OSCAR-55.

**বাংলা (Bengali):** লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৫৫-OSCAR-৫৫.

**Polski (Polish):** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-OSCAR-55.

**العربية (Arabic):** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالجان. اتصل برقم 1-855-OSCAR-55.

**Français (French):** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-OSCAR-55.

**اُردُو (Urdu):** خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-OSCAR-55

**Tagalog (Tagalog - Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-OSCAR-55.

**λληνικά (Greek):** ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-855-OSCAR-55.

**Shqip (Albanian):** KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-855-OSCAR-55.

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-OSCAR-55.

**हिंदी (Hindi):** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-OSCAR-55 पर कॉल करें।

**فارسی (Farsi):** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما. بگیرید 1-855-OSCAR-55.

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-OSCAR-55.

**ગુજરાતી (Gujarati):** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-OSCAR-55.

**日本語 (Japanese):** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-OSCAR-55 まで、お電話にてご連絡ください。

**ພາສາລາວ (Lao):** ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໄດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-855-OSCAR-55.

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-OSCAR-55.

**አማርኛ (Amharic):** ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-OSCAR-55.

