

Plan de Seguro Simple de Oscar

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que Cubre Este Plan y Sus Costos

Período de Cobertura: 1 de enero de 2017-31 de diciembre de 20

Nivel del Plan: Individuo + Familia Tipo de Plan: E



Esto es solo un resumen. Si desea obtener más detalles sobre su cobertura y sobre los costos, puede consultar todos los términos en la póliza o en el documento del plan en <https://www.hioscar.com/forms/?planState=TX&planDate=2017> o llamando al **1-855-OSCAR-55**.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué Esto Es Importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> total?	\$7,150 por persona/\$14,300 por familia	No están sujetas al deducible tres visitas al consultorio con el Médico de Cabecera, cuidado preventivo, y atención de rutina prenatal y posnatal. El coseguro fuera de la red y los copagos no forman parte del deducible. Debe pagar todos los costos hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted utiliza. Revise la póliza o el documento del plan para saber cuándo comienza nuevamente el <u>deducible</u> (por lo general, pero no siempre, comienza el 1 de enero). Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de alcanzar el <u>deducible</u> .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos, pero vea el cuadro en la página 2 para consultar otros costos de servicios que ofrece este plan.
¿Hay un <u>límite del gasto de bolsillo</u> en mis gastos?	Sí. \$7,150 por persona/\$14,300 por familia	El <u>límite del gasto de bolsillo</u> es la mayor cantidad que usted puede pagar durante un período cubierto (por lo general, de un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite lo ayuda a planificar los gastos de atención médica.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite del gasto de bolsillo</u> ?	Primas, cargos de Facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no forman parte del <u>límite del gasto de bolsillo</u> .
¿Existe algún límite anual total sobre lo que el plan paga?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe todos los límites que el plan pagará para los servicios cubiertos <i>específicos</i> , como las visitas al consultorio.
¿Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Visite www.hioscar.com o llame al 1-855-OSCAR-55 para obtener una lista de los <u>proveedores de la Red</u> .	Si utiliza un médico u otro <u>proveedor</u> de atención médica dentro la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que es posible que su médico u hospital dentro de la red recurran a un <u>proveedor</u> fuera de la red para algunos servicios. El plan utiliza el término <u>dentro de la red</u> , preferido o participante para los <u>proveedores</u> dentro de su <u>red</u> . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para saber cómo paga este plan por los diferentes tipos de <u>proveedores</u> .
¿Necesito una derivación para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin obtener permiso de este plan.
¿Existen servicios que este plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre están enumerados en la página 5. Consulte la póliza o el documento del plan para obtener información adicional sobre los <u>servicios excluidos</u> .

¿Tiene Alguna Pregunta? Llame al 1-855-OSCAR-55 o visite www.hioscar.com.

Si tiene dudas acerca de algún término subrayado que se utiliza en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en el sitio web

www.hioscar.com/glossary, o bien, llame al 1-855-OSCAR-55 para pedir una copia.

Plan de Seguro Simple de Oscar

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que Cubre Este Plan y Sus Costos

Período de Cobertura: 1 de enero de 2017-31 de diciembre de 2017

Nivel del Plan: Individuo + Familia Tipo de Plan: E



- Los **copagos** son los montos fijos en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por la atención médica cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.
- El **coseguro** es **su** parte de los costos por un servicio cubierto, se calcula como un porcentaje de la **cantidad autorizada** para el servicio. Por ejemplo, si la **cantidad autorizada** del plan por la estadía hospitalaria de una noche es de \$1,000, su pago por el **coseguro** del 20% sería de \$200. Esto puede ser diferente si no ha alcanzado su **deducible**.
- El monto que el plan paga por los servicios cubiertos se basa en la **cantidad autorizada**. Si un **proveedor fuera de la red** le cobra más que la **cantidad autorizada**, tal vez usted deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por permanecer hospitalizado una noche y la **cantidad autorizada** es de \$1,000, es posible que tenga que pagar una diferencia de \$500. (Esto se denomina **facturación del saldo**).
- El plan lo alienta a utilizar los **proveedores Dentro de la Red** para cobrarle montos más bajos en los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**.

Evento Médico Común	Servicios que Usted Puede Necesitar	Su Costo si Consulta a un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Consulta a un Proveedor Fuera de la Red	Limitaciones y Excepciones
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	3 Visitas al Consultorio del Médico de Cabecera con Copago de \$0, no sujetas al Deducible; Coseguro del 0% para las visitas posteriores después del Deducible
	Visita al especialista	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	————ninguna————
	Otras visitas al consultorio del profesional	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	————ninguna————
	Cuidado preventivo/detección/vacunación	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	No sujeto al deducible. Las vacunas relacionadas con viajes están sujetas al costo compartido.

¿Tiene Alguna Pregunta? Llame al 1-855-OSCAR-55 o visite www.hioscar.com.

Si tiene dudas acerca de algún término subrayado que se utiliza en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en el sitio web

www.hioscar.com/glossary, o bien, llame al 1-855-OSCAR-55 para pedir una copia.

Plan de Seguro Simple de Oscar

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que Cubre Este Plan y Sus Costos

Período de Cobertura: 1 de enero de 2017-31 de diciembre de 2017

Nivel del Plan: Individuo + Familia Tipo de Plan: E

Evento Médico Común	Servicios que Usted Puede Necesitar	Su Costo si Consulta a un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Consulta a un Proveedor Fuera de la Red	Limitaciones y Excepciones
Si se realiza estudios	Estudio de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Copago de \$0/visita (radiografías), copago de \$0/visita (análisis de laboratorio)	Sin Cobertura	Se puede requerir preautorización.
	Estudios de diagnóstico por imágenes (TAC/TEP, IRM)	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se puede requerir preautorización.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos	Copago de \$0 por medicamento recetado (precio minorista), copago de \$0 por medicamento recetado (pedido por correo)	Sin Cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días al precio minorista (90 días por mantenimiento) y un suministro de hasta 90 días por pedido por correo.
	Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$0 por medicamento recetado (precio minorista), copago de \$0 por medicamento recetado (pedido por correo)	Sin Cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días al precio minorista (90 días por mantenimiento) y un suministro de hasta 90 días por pedido por correo.
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$0 por medicamento recetado (precio minorista), copago de \$0 por medicamento recetado (pedido por correo)	Sin Cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días al precio minorista (90 días por mantenimiento) y un suministro de hasta 90 días por pedido por correo.
	Medicamentos especiales	Copago de \$0 por medicamento recetado (precio minorista), copago de \$0 por medicamento recetado (pedido por correo)	Sin Cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días al precio minorista (90 días por mantenimiento) y un suministro de hasta 90 días por pedido por correo.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tasa de la institución (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se puede requerir preautorización.
	Tasas del médico/cirujano	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se puede requerir preautorización.

¿Tiene Alguna Pregunta? Llame al 1-855-OSCAR-55 o visite www.hioscar.com.

Si tiene dudas acerca de algún término subrayado que se utiliza en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en el sitio web

www.hioscar.com/glossary, o bien, llame al 1-855-OSCAR-55 para pedir una copia.

Plan de Seguro Simple de Oscar

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que Cubre Este Plan y Sus Costos

Período de Cobertura: 1 de enero de 2017-31 de diciembre de 20

Nivel del Plan: Individuo + Familia Tipo de Plan: E

Evento Médico Común	Servicios que Usted Puede Necesitar	Su Costo si Consulta a un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Consulta a un Proveedor Fuera de la Red	Limitaciones y Excepciones
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	Copago de \$0 por visita (Tasa de la Sala de Emergencias), copago de \$0 por visita (Tasa del Médico de la Sala de Emergencias)	Copago de \$0 por visita (Tasa de la Sala de Emergencias), copago de \$0 por visita (Tasa del Médico de la Sala de Emergencias)	Sin cargo en caso de hospitalización
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$0/visita	Copago de \$0/visita	————ninguna————
	Atención de urgencias	Copago de \$0/visita	Copago de \$0/visita	————ninguna————
Si tiene una estadía hospitalaria	Tasa de la institución (p. ej., habitación del hospital)	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se requiere preautorización para la hospitalización electiva.
	Tasas del médico/cirujano	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se requiere preautorización para la hospitalización electiva.
Si requiere atención de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios de salud mental y conductual para pacientes ambulatorios	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se puede requerir preautorización.
	Servicios de salud mental y conductual para pacientes internados	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se puede requerir preautorización para la hospitalización que no es de emergencia.

¿Tiene Alguna Pregunta? Llame al 1-855-OSCAR-55 o visite www.hioscar.com.

Si tiene dudas acerca de algún término subrayado que se utiliza en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en el sitio web

www.hioscar.com/glossary, o bien, llame al 1-855-OSCAR-55 para pedir una copia.

Plan de Seguro Simple de Oscar

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que Cubre Este Plan y Sus Costos

Período de Cobertura: 1 de enero de 2017-31 de diciembre de 20

Nivel del Plan: Individuo + Familia Tipo de Plan: E

Evento Médico Común	Servicios que Usted Puede Necesitar	Su Costo si Consulta a un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Consulta a un Proveedor Fuera de la Red	Limitaciones y Excepciones
Si requiere atención de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se puede requerir preautorización.
	Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se puede requerir preautorización para la hospitalización que no es de emergencia.
Si está embarazada	Atención prenatal y posnatal	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Aplica solamente para las visitas de rutina (no sujetas a deducible), otros servicios sujetos a costo compartido.
	Parto y todos los servicios para el paciente internado	Copago de \$0 por visita (parto), copago de \$0 por visita (hospitalización)	Sin Cobertura	ninguna
Si necesita ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidados de salud en el hogar	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se requiere preautorización. Hasta 60 visitas por Año del Plan.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se requiere preautorización. Hasta 35 visitas por Año del Plan.
	Servicios de habilitación	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se requiere preautorización. Hasta 35 visitas por Año del Plan.
	Cuidados de enfermería especializada	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se requiere preautorización. Hasta 200 días.
	Equipo médico duradero	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se requiere preautorización si el costo anual de compra o alquiler es más de \$500.
	Servicios de hospicio	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	Se requiere preautorización. La parte por la hospitalización en el hospicio está sujeta al copago por hospitalizaciones.

¿Tiene Alguna Pregunta? Llame al 1-855-OSCAR-55 o visite www.hioscar.com.

Si tiene dudas acerca de algún término subrayado que se utiliza en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en el sitio web

www.hioscar.com/glossary, o bien, llame al 1-855-OSCAR-55 para pedir una copia.

Plan de Seguro Simple de Oscar

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que Cubre Este Plan y Sus Costos

Período de Cobertura: 1 de enero de 2017-31 de diciembre de 2017

Nivel del Plan: Individuo + Familia Tipo de Plan: E

Evento Médico Común	Servicios que Usted Puede Necesitar	Su Costo si Consulta a un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Consulta a un Proveedor Fuera de la Red	Limitaciones y Excepciones
Si su hijo/a necesita atención odontológica o de la vista	Examen ocular	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	1 examen en un período de 12 meses
	Anteojos	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	1 par de anteojos o lentes de contacto cada periodo de 12 meses
	Control odontológico	Copago de \$0/visita	Sin Cobertura	1 examen en un período de 6 meses

¿Tiene Alguna Pregunta? Llame al 1-855-OSCAR-55 o visite www.hioscar.com.

Si tiene dudas acerca de algún término subrayado que se utiliza en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en el sitio web

www.hioscar.com/glossary, o bien, llame al 1-855-OSCAR-55 para pedir una copia.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su Plan NO Cubre (Esta no es una lista completa. Consulte la póliza o el documento del plan para obtener información adicional sobre los servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía estética
- Atención odontológica (Adultos)
- Tratamiento contra la esterilidad
- Cuidado a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos
- Enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Atención de rutina de los pies
- Programas para la pérdida de peso

Otros Servicios Cubiertos (Esta no es una lista completa. Revise su póliza o el documento del plan para conocer otros servicios cubiertos y los costos para estos servicios).

- Aborto
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos

¿Tiene Alguna Pregunta? Llame al 1-855-OSCAR-55 o visite www.hioscar.com.

Si tiene dudas acerca de algún término subrayado que se utiliza en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en el sitio web www.hioscar.com/glossary, o bien, llame al 1-855-OSCAR-55 para pedir una copia.

Plan de Seguro Simple de Oscar

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que Cubre Este Plan y Sus Costos

Período de Cobertura: 1 de enero de 2017-31 de diciembre de 2017

Nivel del Plan: Individuo + Familia Tipo de Plan: E

Sus Derechos para Continuar con la Cobertura:

Las leyes federales y estatales pueden proporcionar medidas de protección que le permiten mantener este seguro médico siempre que pague su **prima**. No obstante, hay excepciones si sucede algo de lo siguiente:

- Comete fraude.
- La aseguradora deja de ofrecer servicios en el Estado. Usted se muda fuera del área de cobertura.

Si desea obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con la aseguradora al 1-855-OSCAR-55. Asimismo, puede comunicarse con el departamento estatal de seguros en www.tdi.texas.gov.

Sus Derechos de Quejas y Apelaciones:

Si tiene una reclamación o no está satisfecho debido a la negativa de cobertura por reclamaciones en su plan, puede **apelar** o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, puede comunicarse con: 1-800-252-3439.

¿Esta Cobertura Ofrece una Cobertura Esencial Mínima?

La Ley de Cuidado de Salud Asequible exige que la mayoría de las personas cuenten con una cobertura para el cuidado de la salud que reúna los requisitos de una “cobertura esencial mínima”. **Este plan ofrece una cobertura esencial mínima.**

¿Esta Cobertura Cumple con el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud Asequible establece un estándar de valor mínimo de los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura médica alcanza el estándar de valor mínimo para los beneficios que brinda.**

Servicios de Acceso a los Idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-OSCAR-55.

Si desea asistencia en otros idiomas, llame a los Servicios para Miembros de Oscar al 1-855-OSCAR-55. Esta línea tiene acceso a servicios de traducción de terceros.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos en una situación médica hipotética, consulte la página siguiente.

¿Tiene Alguna Pregunta? Llame al 1-855-OSCAR-55 o visite www.hioscar.com.

Si tiene dudas acerca de algún término subrayado que se utiliza en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en el sitio web www.hioscar.com/glossary, o bien, llame al 1-855-OSCAR-55 para pedir una copia.

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo este plan puede cubrir la atención médica en ciertas situaciones. Use estos ejemplos para observar, en general, cuánta protección financiera puede obtener un paciente en un caso hipotético si estuviese cubierto por diferentes planes.



Esto no es un calculador de costos.

No use estos ejemplos para calcular sus costos reales para este plan. La atención real que usted recibe diferirá de estos ejemplos y el costo de dicha atención también será diferente.

Lea la página siguiente para obtener información importante acerca de estos ejemplos.

Tener un bebé (parto normal)

- **Monto que se debe pagar a los proveedores:** \$7,540
- **El plan paga:** \$1,040
- **El paciente paga:** \$6,500

Ejemplo de los Costos de Atención:

Cargos del hospital (madre)	\$2,700
Atención obstétrica de rutina	\$2,100
Cargos del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otros cuidados preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$6,300
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$6,500

Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una afección bien controlada)

- **Monto que se debe pagar a los proveedores:** \$5,400
- **El plan paga:** \$520
- **El paciente paga:** \$4,880

Ejemplo de los Costos de Atención:

Recetas	\$2,900
Equipo e insumos médicos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas, otros cuidados preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$4,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$4,880

¿Tiene Alguna Pregunta? Llame al 1-855-OSCAR-55 o visite www.hioscar.com.

Si tiene dudas acerca de algún término subrayado que se utiliza en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en el sitio web

www.hioscar.com/glossary, o bien, llame al 1-855-OSCAR-55 para pedir una copia.

Preguntas y respuestas acerca de los Ejemplos de Cobertura:

¿Cuáles son algunas de las conjeturas detrás de estos ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de los costos de atención se basan en promedios nacionales proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y no son específicos para un plan médico o un área geográfica.
- La afección del paciente no era una condición preexistente o excluida.
- Todos los servicios y tratamientos comienzan y finalizan en el mismo período de cobertura.
- No existen otros gastos médicos para ningún integrante cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo solo se basan en tratar la afección del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención de **proveedores** dentro la red. Si el paciente había recibido atención de **proveedores** fuera de la red, los costos hubiesen sido mayores.

¿Qué muestra un Ejemplo de Cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el Ejemplo de Cobertura lo ayuda a ver cómo se pueden sumar los **deducibles**, los **copagos** y el **coseguro**. Además, lo ayuda a consultar qué gastos podrían quedar para que usted los pague debido a que el servicio o tratamiento no están cubiertos o el pago es limitado.

¿El Ejemplo de Cobertura predice mis propias necesidades de atención?

✘ **No.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos. La atención que recibiría por esta afección puede ser diferente según el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su afección y muchos otros factores.

¿El Ejemplo de Cobertura predice mis próximos gastos?

✘ **No.** Los Ejemplos de Cobertura no son calculadores de costos. Usted no puede usar estos ejemplos para calcular los costos de una afección real. Se incluyen únicamente con fines comparativos. Sus propios costos serán diferentes de acuerdo con la atención que reciba, de los precios que cobran sus **proveedores** y del reembolso que su plan médico permita.

¿Puedo usar los Ejemplos de Cobertura para comparar los planes?

✓ **Sí.** Cuando consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos Ejemplos de Cobertura. Cuando compare planes, controle la casilla “El paciente Paga” en cada ejemplo. Cuanto menor sea el número, mayor será la cobertura que el plan proporcione.

¿Existen otros costos que debería tener en cuenta al comparar los planes?

✓ **Sí.** La **prima** que usted paga es un costo importante. Por lo general, cuanto menor sea la prima, más pagará en gastos de su bolsillo para **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debería tener en cuenta las contribuciones a las cuentas tales como las health savings accounts (cuentas de ahorro para la salud, HSA), los flexible spending arrangements (arreglos de gastos flexibles, FSA) o las health reimbursement accounts (cuentas de reembolso para la salud, HRA) que lo ayudan a pagar los gastos de bolsillo.

¿Tiene Alguna Pregunta? Llame al 1-855-OSCAR-55 o visite www.hioscar.com.

Si tiene dudas acerca de algún término subrayado que se utiliza en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en el sitio web www.hioscar.com/glossary, o bien, llame al 1-855-OSCAR-55 para pedir una copia.

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
 - Información escrita en otros idiomas

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: Oscar Insurance, Attention Grievances PO Box 52146, Phoenix AZ, 85072

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. 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.