

BRONZE 60 HDHP EPO \$4,800/40% + 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	\$4,800.00
Familiar	\$9,600.00

Límite de Gastos de Su Bolsillo	
Individual	\$6,550.00
Familiar	\$13,100.00

Deducible de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Health Savings Account, HSA)	
Individual	\$4,800.00
Familiar	\$9,600.00

SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES	Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante	Límites
Visitas al Consultorio del Médico de Atención Primaria	Coaseguro del 40% después del deducible	
Visita al Consultorio del Especialista	Coaseguro del 40% después del deducible	
Visitas al Consultorio de todos los demás Profesionales	Coaseguro del 40% después del deducible	
Acupuntura	Coaseguro del 40% después del deducible	
Servicios Complejos de Diagnóstico por Imágenes (TC/TEP, RM)	Coaseguro del 40% después del deducible	
Se puede requerir Autorización Previa.		

Pruebas de Alergias: Visitas al Médico de Atención Primaria	Coaseguro del 40% después del deducible	
Pruebas de Alergias: Visitas al Consultorio del Especialista	Coaseguro del 40% después del deducible	
Servicios de Anestesia: Pacientes Ambulatorios	Coaseguro del 40% después del deducible	
Servicios de Anestesia: Pacientes Hospitalizados	Coaseguro del 40% después del deducible	
Quimioterapia Se puede requerir Autorización Previa.	Coaseguro del 40% 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
Servicios de Medicina Ambulatorios para Rehabilitación Física (Fisioterapia, Terapia Ocupacional o Terapia del Habla) Se puede requerir Autorización Previa.	Coaseguro del 40% después del deducible	
Servicios de Medicina Ambulatorios para Rehabilitación Física (Fisioterapia, Terapia Ocupacional o Terapia del Habla) Se puede requerir Autorización Previa.	Coaseguro del 40% después del deducible	
Procedimientos de Laboratorio y Pruebas Genéticas Se puede requerir Autorización Previa.	Coaseguro del 40% después del deducible	

Cuidado de Maternidad y para Recién Nacidos

Diagnóstico y otro Cuidado Prenatal y Posnatal	Coaseguro del 40% 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 40% después del deducible
Médico y Servicios de Partera	Coaseguro del 40% después del deducible
Extractor de Leche	Copago de \$0 no sujeto al deducible
Cuidados preventivos	Copago de \$0 no sujeto al deducible
Radiografías y Diagnóstico por Imágenes Se puede requerir Autorización Previa.	Coaseguro del 40% después del deducible
Servicios Médicos Ambulatorios	Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante Límites
Tasa del Centro Quirúrgico Ambulatorio Se puede requerir Autorización Previa.	Coaseguro del 40% después del deducible
Tasas del Médico/Cirujano para Pacientes Ambulatorios Se puede requerir Autorización Previa.	Coaseguro del 40% después del deducible
Consultas Ambulatorias	Coaseguro del 40% después del deducible

Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante		Límites
Servicios Médicos de Hospitalización		
Tasa del Centro para Pacientes Hospitalizados Se requiere Autorización Previa. Sin embargo, no se requiere Autorización Previa para las hospitalizaciones de emergencia.	Coaseguro del 40% después del deducible	
Tasas del Médico/ Cirujano para Pacientes Ambulatorios Se requiere Autorización Previa. Sin embargo, no se requiere Autorización Previa para las hospitalizaciones de emergencia.	Coaseguro del 40% después del deducible	
Centro de Enfermería Especializada Se requiere Autorización Previa.	Coaseguro del 40% después del deducible	100 visitas por Año del Plan
Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante		Límites
Cobertura Médica de Emergencia		
Tasa de la Sala de Emergencias Sin cargo en caso de hospitalización	Coaseguro del 40% después del deducible	
Tasa del Médico de la Sala de Emergencias Sin cargo en caso de hospitalización	Copago de \$0 después del deducible	
Centro de Atención de Urgencia	Coaseguro del 40% después del deducible	
Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante		Límites
Servicios de Ambulancia		
Transporte de Emergencia/Ambulancia Se requiere Autorización Previa para transporte en ambulancia que no sea de emergencia	Coaseguro del 40% después del deducible	

MEDICAMENTOS RECETADOS Se puede requerir Autorización Previa/tratamiento escalonado	Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante	Límites
Farmacia Minorista		
Suministro para 30 días		
Tipo 1: Medicamentos Genéricos	Coaseguro del 40% después del deducible	Hasta \$500 por receta después del deducible
Tipo 2: Medicamentos de Marca Preferidos	Coaseguro del 40% después del deducible	Hasta \$500 por receta después del deducible
Tipo 3: Medicamentos de Marca No Preferidos	Coaseguro del 40% después del deducible	Hasta \$500 por receta después del deducible
Tipo 4: Medicamentos Especiales	Coaseguro del 40% después del deducible	Hasta \$500 por receta después del deducible
Farmacia de Pedidos por Correo		
Suministro para 90 días (excepto para Tipo 4)		
Tipo 1: Medicamentos Genéricos	Coaseguro del 40% después del deducible	Hasta \$1500 por receta después del deducible
Tipo 2: Medicamentos de Marca Preferidos	Coaseguro del 40% después del deducible	Hasta \$1500 por receta después del deducible
Tipo 3: Medicamentos de Marca No Preferidos	Coaseguro del 40% después del deducible	Hasta \$1500 por receta después del deducible
Tipo 4: Medicamentos Especiales	Coaseguro del 40% después del deducible	Limitado a un suministro para 30 días Hasta \$500 por receta después del deducible
Equipo Médico Duradero	Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante	Límites
Equipo Médico Duradero y Órtesis Autorización Previa requerida si el costo anual (compra/alquiler) > \$500	Coaseguro del 40% después del deducible	

Servicios de Salud Mental	Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante	Límites
Cuidados de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados (para hospitalización continua en el Hospital) Se puede requerir Autorización Previa. Sin embargo, no se requiere Autorización Previa para las hospitalizaciones de emergencia.	Coaseguro del 40% después del deducible	
Tasas del Médico para Pacientes Internos Se puede requerir Autorización Previa. Sin embargo, no se requiere Autorización Previa para las hospitalizaciones de emergencia.	Coaseguro del 40% después del deducible	
Visitas Ambulatorias al Consultorio de Salud Mental	Coaseguro del 40% después del deducible	
Servicios e Insumos de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios	Coaseguro del 40% después del deducible	

Servicios contra la Dependencia de Sustancias Químicas	Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante	Límites
Servicios para Pacientes Hospitalizados por el Uso de Sustancias (para hospitalización continua en el Hospital) Se puede requerir Autorización Previa. Sin embargo, no se requiere Autorización Previa para las hospitalizaciones de emergencia.	Coaseguro del 40% después del deducible	
Tasas del Médico para Pacientes Internos Se puede requerir Autorización Previa. Sin embargo, no se requiere Autorización Previa para las hospitalizaciones de emergencia.	Coaseguro del 40% después del deducible	
Visitas Ambulatorias al Consultorio por Uso de Sustancias	Coaseguro del 40% después del deducible	
Servicios e Insumos por Uso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios	Coaseguro del 40% después del deducible	
Servicios médicos a domicilio	Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante	Límites
Cuidados de Salud en el Hogar Se puede requerir Autorización Previa.	Coaseguro del 40% después del deducible	100 visitas

SERVICIOS ADICIONALES, EQUIPOS y DISPOSITIVOS	Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante	Límites
Equipos e Insumos para Diabéticos y Educación para el Automanejo de la Diabetes		
Equipos para Diabéticos Se puede requerir Autorización Previa.	Coaseguro del 40% después del deducible	
Insumos para Diabéticos Se puede requerir Autorización Previa.	Coaseguro del 40% después del deducible	
Educación sobre Diabetes	Copago de \$0 no sujeto al deducible	
Servicios de Hospicio Se puede requerir Autorización Previa.	Copago de \$0 después del deducible	
Tratamiento por Infertilidad Se puede requerir Autorización Previa.		Utilice el Costo Compartido para el servicio adecuado (visitas al consultorio, diagnósticos, pruebas de diagnóstico, medicamentos recetados, inclio transferencia intratubárica de gametos). La fecundación in vitro no está cubierta.

Responsabilidad del Afiliado por los Costos Compartidos del Proveedor Participante		Límites
Odontología y Oftalmología Pediátricas		
Odontología Pediátrica		Consulte el Programa de Beneficios de Odontología Pediátrica Complementaria
Oftalmología Pediátrica		
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

Todos los pedidos de Autorización Previa dentro de la red son responsabilidad de su Proveedor Participante. No será sancionado si el Proveedor Participante no obtiene la Preautorización. Sin embargo, si los servicios no están cubiertos bajo el Acuerdo del Miembro y el Formulario Combinado de Evidencia de Cobertura y Divulgación, usted será responsable por el costo total de los servicios.

Nosotros cubrimos las Condiciones Médicas de Emergencia. Cubriremos todos los costos por encima del costo compartido requerido del afiliado (copago, coaseguro o deducible), como se describe en el contrato de servicio del plan de cuidados de salud.

Puede comunicarse con el California Department of Managed Healthcare (Departamento de Atención Médica Administrada de California) al 1-888-466-2219; también hay una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con problemas de audición o habla. El sitio web del Departamento se puede acceder en <https://www.dmhca.ca.gov>.

Para obtener los servicios de transferencia de California, utilice los números a continuación:

Tipo de llamada	Lenguaje	Número 800 gratuito
TTY/VCO/HCO a voz	Inglés	1-800-735-2929
Voz a TTY/VCO/HCO	Inglés	1-800-735-2922
	Español	1-800-855-3000
Desde voz a voz o hacia voz a voz	Inglés	1-800-854-7784
	Español	

Puede llamarnos al 1-855-Oscar-55 o encontrarnos en www.hioscar.com.

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. 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 ১-855-OSCAR-55.

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 بالمجان. اتصل برقم 1-558-RACSO-55.

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

اُردو (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.

Ληηνικά (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ: Άν 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 ت 55-OSCAR-855-1.

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): ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 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 እርዳታ ድርጅቶች: በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል: ወደ ማስተላለፊ ቁጥር ይደውሉ 1-855-OSCAR-55.

Multi-language interpreter services

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՐԵՐ Խոսքերի եր հայերեն, ասլա օնո անվանար կարող են արամանդիվել լեզվական անգլալեզուներն օնոնարկերուններ: Ձանդանարերք 1-855-OSCAR-55.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-OSCAR-55 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អ គឺអាចមានសំបាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-OSCAR-55. ។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-OSCAR-55.

ภาษาไทย (Thai): ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-OSCAR-55.

Deutsch (Pennsylvania Dutch): Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kannst du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-855-OSCAR-55.

Oroomiffa (Oromo): XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-OSCAR-55.

Nederlands (Dutch): AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-855-OSCAR-55.

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-OSCAR-55.

Română (Romanian): ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-OSCAR-55.