

SoonerCare

COMPARE NUESTROS BENEFICIOS

Tenga en cuenta:

Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.

SoonerCare Tradicional

Menores de 21 años

Adultos mayores de 21 años

SoonerCare Choice

Menores de 21 años

Adultos mayores de 21 años

	Menores de 21 años	Adultos mayores de 21 años	Menores de 21 años	Adultos mayores de 21 años
Ambulancia o transporte de emergencia	Hay cobertura <i>Únicamente para emergencias</i>	Hay cobertura <i>Únicamente para emergencias</i>	Hay cobertura <i>Únicamente para emergencias</i>	Hay cobertura <i>Únicamente para emergencias</i>
Servicios Salud Conductual y Abuso de Sustancias <i>(Algunos servicios pueden requerir una autorización previa)</i>	Hay cobertura	Hay cobertura <i>Algunos servicios pueden requerir un copago de \$3; Hospitalización de Salud Conductual - \$10. por día, hasta un máximo de \$75</i>	Hay cobertura	Hay cobertura <i>Algunos servicios pueden requerir un copago de \$3; Hospitalización de Salud Conductual - \$10. por día, hasta un máximo de \$75</i>
Exámenes de bienestar de la salud infantil <i>(Que incluye inmunizaciones e historial de salud; Exámenes físicos, varios asesoramientos de salud y Consejería; Pruebas de laboratorio y cuidado de seguimiento necesario)</i>	Hay cobertura	N/A	Hay cobertura	N/A
Servicios Dentales	Limpiezas <i>(Dos veces al año.)</i> Rayos X Rellenos Coronas	Extracciones Dental de Emergencia	Limpiezas <i>(Dos veces al año.)</i> Rayos X Rellenos Coronas	Extracciones Dental de Emergencia
Suministros para Diabéticos <i>(100 tiras de glucosa y lancetas por mes; un dispositivo de lanceta de recorte, tres baterías de repuesto cada año. Los suministros adicionales requieren autorización previa.)</i>	Hay cobertura <i>Además de un glucómetro por año.</i>	Hay cobertura <i>\$4 por reclamo.</i>	Hay cobertura <i>Además de un glucómetro por año.</i>	Hay cobertura <i>\$4 por reclamo.</i>
Equipos Médicos Duradero	Hay cobertura <i>Cuando lo receta un proveedor médico y puede requerir autorización previa.</i>	Hay cobertura <i>Cuando lo receta un proveedor médico y puede requerir autorización previa. Copago de \$4 por reclamo.</i>	Hay cobertura <i>Cuando lo receta un proveedor médico y puede requerir autorización previa. Copago de \$4 por reclamo.</i>	Hay cobertura <i>Cuando lo receta un proveedor médico y puede requerir autorización previa. Copago de \$4 por reclamo.</i>
Departamento de Emergencia <i>(Servicios de Emergencia)</i>	Hay cobertura	Hay cobertura	Hay cobertura	Hay cobertura

La lista proporcionada de beneficios cubiertos no es todo incluido. Todos los beneficios cubiertos deben ser médicamente necesarios. La cobertura de los beneficios mencionados depende del cumplimiento de los requisitos proporcionados de acuerdo con diversas regulaciones estatales y federales. Consulte OAC 317: 30-3-5 para más información relacionada con el costo compartido. Por favor, verifique cobertura o consulte con un representante en línea de ayuda de SoonerCare o Insure Oklahoma antes de recibir los servicios. La cobertura, copagos y limitaciones están sujetos a cambios. Actualizado el 10 de junio de 2020.

Tenga en cuenta:
 Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.

SoonerCare Tradicional

Menores de 21 años

Adultos mayores de 21 años

SoonerCare Choice

Menores de 21 años

Adultos mayores de 21 años

	Método anticonceptivo <i>(Información y suministros)</i> Papanicolaou Pruebas de embarazo	Método anticonceptivo <i>(Información y suministros)</i> Papanicolaou Pruebas de Embarazo Ligadura de trompas Vasectomías	Método anticonceptivo <i>(Información y suministros)</i> Papanicolaou Pruebas de embarazo	Método anticonceptivo <i>(Información y suministros)</i> Papanicolaou Pruebas de Embarazo Ligadura de trompas Vasectomías
Servicios de Planificación Familiar				
Servicios Auditivos	Hay cobertura <i>Evaluaciones, aparatos auditivos y suministros.</i>	Hay cobertura <i>La evaluación solamente.</i>	Hay cobertura <i>Evaluaciones, aparatos auditivos y suministros.</i>	Hay cobertura <i>La evaluación solamente.</i>
Servicios de Atención de Salud en el Hogar	Hay cobertura	36 Visitas <i>Cubiertas anualmente sin autorización previa cuando es recetado por un médico - Copago de \$4 por visita.</i>	Hay cobertura	36 Visitas <i>Cubiertas anualmente sin autorización previa cuando es recetado por un médico - Copago de \$4 por visita.</i>
Servicios de hospitalización	Hay cobertura	Hay cobertura <i>\$10 por día para el primer siete días - \$5 en el octavo día.</i>	Hay cobertura	Hay cobertura <i>\$10 por día para el primer siete días - \$5 en el octavo día.</i>
Inmunizaciones <i>(Tal como lo recomienda el comité consultivo de Prácticas de Inmunización)</i>	Hay cobertura	Hay cobertura <i>Tal como se recomienda para personas adultas; \$4 por cada fecha de servicio.</i>	Hay cobertura	Hay cobertura <i>Tal como se recomienda para personas adultas; \$4 por cada fecha de servicio.</i>
Laboratorio y rayos X	Hay cobertura	Covered <i>\$4 por visita.</i>	Hay cobertura	Covered <i>\$4 por visita.</i>
Cuidado de largo plazo	Hay cobertura	Hay cobertura	No hay cobertura	No hay cobertura
Mamografías	Hay cobertura	Hay cobertura	Hay cobertura	Hay cobertura
Servicios de Enfermeras Parteras	Hay cobertura	Hay cobertura	Hay cobertura	Hay cobertura
Servicios de Ortodoncia	Hay cobertura <i>Con una autorización previa.</i>	No hay cobertura	Hay cobertura <i>Con una autorización previa.</i>	No hay cobertura
Servicios de Centros de Cirugía Ambulatoria	Hay cobertura <i>Si es médicamente necesario.</i>	Hay cobertura <i>Si es médicamente necesario. Copago de \$4 por visita</i>	Hay cobertura <i>Si es médicamente necesario.</i>	Hay cobertura <i>Si es médicamente necesario. Copago de \$4 por visita</i>
Anticonceptivos de venta libre	Hay cobertura	Hay cobertura	Hay cobertura	Hay cobertura
Cuidado Personal	Hay cobertura <i>Tal y como se indica en plan de tratamiento.</i>	Hay cobertura <i>Tal y como se indica en plan de tratamiento.</i>	Hay cobertura <i>Tal y como se indica en plan de tratamiento.</i>	Hay cobertura <i>Tal y como se indica en plan de tratamiento.</i>
Servicios Médicos	Hay cobertura	4 visitas Por mes <i>Lo recomendado para los adultos; Copago de \$4 por cada fecha de servicio.</i>	Hay cobertura	Visitas ilimitadas de Hogar Médico/ PCP <i>Hasta 4 visitas por mes para especialistas o visitas a cualquier médico aparte de PCP - Copago de \$4 por visita.</i>

Tenga en cuenta:

Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.

SoonerCare Tradicional

Menores de 21 años

Adultos mayores de 21 años

SoonerCare Choice

Menores de 21 años

Adultos mayores de 21 años

Servicios de Embarazo y Maternidad <i>(Incluye servicios prenatales, parto y posparto)</i> <i>* Para "Soon-to-be-Sooners", consulte las notas al final de este documento.</i>	Hay cobertura	Hay cobertura	Hay cobertura	Hay cobertura
Medicamentos con receta <i>(Vitaminas prenatales y productos para dejar fumar no son considerados como parte de límite de recetas. No hay copagos para niños y mujeres embarazadas).</i> <i>** Para copagos de Servicios en el Hogar y en la Comunidad bajo una exención, consulte las notas al final de este documento.</i>	Cobertura Ilimitada	Límite de 6 por Mes <i>Un máximo de 2 marca de nombre. Copago de \$4 por cada receta. Copago de \$4 por visita.</i>	Cobertura Ilimitada	Límite de 6 por Mes <i>Un máximo de 2 marca de nombre. Copago de \$4 por cada receta. Copago de \$4 por visita.</i>
Aparatos Protésicos	Hay cobertura <i>Con una autorización previa; Aparatos ortopédicos están cubiertos.</i>	Cobertura Limitada <i>Con una autorización previa; Aparatos ortopédicos no están cubiertos.</i>	Hay cobertura <i>Con una autorización previa; Aparatos ortopédicos están cubiertos.</i>	Cobertura Limitada <i>Con una autorización previa; Aparatos ortopédicos no están cubiertos.</i>
Centro de tratamiento Residencial Psiquiátrico	Hay cobertura <i>Con una autorización previa.</i>	No hay cobertura	Hay cobertura <i>Con una autorización previa.</i>	No hay cobertura
Servicios residenciales para tratamiento de abuso de sustancias	No hay cobertura	No hay cobertura	No hay cobertura	No hay cobertura
SoonerRide <i>Transporte a los servicios médicos cubiertos que no son de emergencia.</i>	Hay cobertura	Hay cobertura	Hay cobertura	Hay cobertura
Productos para Dejar de Fumar	90 Días <i>Sin autorización.</i>	90 Días <i>Sin autorización.</i>	90 Días <i>Sin autorización.</i>	90 Días <i>Sin autorización.</i>
Tratamiento de Abuso de Sustancias <i>(Solamente desintoxicación médica.)</i>	Hay cobertura <i>Con una autorización previa.</i>	Hay cobertura	Hay cobertura <i>Con una autorización previa.</i>	Hay cobertura
Servicios de Terapia <i>Física (PT), Habla (ST) y Ocupacional (OT).</i>	Hay cobertura <i>Puede requerir una autorización previa.</i>	PT, ST, OT <i>No se requiere autorización previa; 15 visitas por año en un hospital como paciente externo; Copago de \$4 por visita.</i>	Hay cobertura <i>Puede requerir una autorización previa.</i>	PT, ST, OT <i>No se requiere autorización previa; 15 visitas por año en un hospital como paciente externo; Copago de \$4 por visita.</i>
Servicios de Trasplantes	Hay cobertura <i>Con una autorización previa.</i>	Hay cobertura <i>Con una autorización previa.</i>	Hay cobertura <i>Con una autorización previa.</i>	Hay cobertura <i>Con una autorización previa.</i>
Servicios de visión	Hay cobertura	Hay cobertura <i>Solamente para enfermedades o lesiones oculares.</i>	Hay cobertura	Hay cobertura <i>Solamente para enfermedades o lesiones oculares.</i>

***Soon-to-be-Sooners**

Miembros en el programa de Soon-to-be-Sooners solamente reciben servicios de embarazo y maternidad. La persona que está cubierta para beneficios relacionados de embarazo bajo Soon-to-be Sooners conserva elegibilidad hasta el final del embarazo.

**** Medicamentos con receta para Servicios en el Hogar y en la Comunidad**

Los miembros con Servicios en el Hogar y en la Comunidad bajo una exención pagan los siguientes copagos por recetas: \$0.65 de copago por medicamento costando menos de \$10.00; \$1.20 de copago por medicamento costando entre \$10.01 - \$25.00; \$2.40 de copago por medicamento costando entre \$ 25.01 - \$ 50.00; Copago de \$ 3.50 por medicamento costando más \$ 50.01.

Tenga en cuenta:

Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.

SoonerPlan**Insure Oklahoma
Plan Individual
para Adultos (IP)**

Ambulancia o transporte de emergencia	No hay cobertura	Hay cobertura <i>Solamente transporte de emergencia terrestre.</i>
Servicios Salud Conductual y Abuso de Sustancias <i>(Algunos servicios pueden requerir una autorización previa)</i>	No hay cobertura	Hay cobertura <i>Las visitas al psiquiatra están incluidas en el límite de 4 servicios médicos por mes. Los copagos varían: Médicos y pacientes externos - Copago de \$4 por visita.</i>
Exámenes de bienestar de la salud infantil <i>(Que incluye inmunizaciones e historial de salud; Exámenes físicos, varios asesoramientos de salud y Consejería; Pruebas de laboratorio y cuidado de seguimiento necesario)</i>	No hay cobertura	No hay cobertura
Servicios Dentales	No hay cobertura	Limitado <i>Extracciones de emergencia, Copago de \$0.</i>
Suministros para Diabéticos <i>(100 tiras de glucosa y lancetas por mes; un dispositivo de lanceta de recorte, tres baterías de repuesto cada año. Los suministros adicionales requieren autorización previa.)</i>	No hay cobertura	Hay cobertura <i>Copago de \$4 por reclamo.</i>
Equipos Médicos Duradero	No hay cobertura	Hay cobertura <i>Cuando es recetado por un proveedor médico con copago (Copago de \$4 por suministros duraderos y no duraderos; Copago de \$8 por equipo de DME)</i>
Departamento de Emergencia <i>(Servicios de Emergencia)</i>	No hay cobertura	Hay cobertura <i>\$30 de copago (no se cobra si se es admitido).</i>
Servicios de Planificación Familiar	Servicios de Planificación Familiar <i>Hombres y mujeres mayores de 19 años.</i> Gardasil <i>Hombres y mujeres hasta la edad de 26 años.</i> Ligadura de trompas y vasectomía <i>Personas de 21 años o más - Copago de \$0 por cualquier servicio o suministro relacionado con la planificación familiar.</i>	Información sobre los métodos anticonceptivos, Servicios y suministros Papanicolaou Pruebas de Embarazo <i>Copago de \$0.</i> Ligadura de trompas y Vasectomías <i>Personas mayores de 21 años.</i>
Servicios Auditivos	No hay cobertura	No hay cobertura
Servicios de Atención de Salud en el Hogar	No hay cobertura	36 Visitas Cubiertas anualmente <i>Sin autorización previa cuando es recetado por un médico - Copago de \$4 por visita.</i>
Servicios de hospitalización	No hay cobertura	Hay cobertura <i>Un copago de \$50 por cada admisión.</i>
Inmunizaciones <i>(Tal como lo recomienda el comité consultivo de Prácticas de Inmunización)</i>	No hay cobertura	Hay cobertura <i>Tal como se recomienda para personas adultas; \$4 por cada fecha de servicio.</i>

Tenga en cuenta:

Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.

SoonerPlan**Insure Oklahoma
Plan Individual
para Adultos (IP)**

Laboratorio y rayos X	Servicios relacionados sólo con Planificación Familiar <i>Copago de \$0.</i>	Hay cobertura <i>No hay copago para la radiología estándar (Copago de \$4 por exploración especializada -MRI, MRA, PET, CT)</i>
Cuidado de largo plazo	No hay cobertura	No hay cobertura
Mamografías	No hay cobertura	Hay cobertura <i>Copago de \$0.</i>
Servicios de Enfermeras Parteras	No hay cobertura	Hay cobertura
Servicios de Ortodoncia	No hay cobertura	No hay cobertura
Servicios de Centros de Cirugía Ambulatoria	Servicios relacionados sólo con Planificación Familiar <i>Copago de \$0.</i>	Hay cobertura <i>Médicamente necesario - Copago de \$4 por visita. Radiología terapéutica - Copago de \$4 por visita.</i>
Anticonceptivos de venta libre	Sólo anticonceptivos <i>Copago de \$0.</i>	Hay cobertura <i>Copago de \$0.</i>
Cuidado Personal	No hay cobertura	No hay cobertura
Servicios Médicos	Visitas al médico y Exámenes Físicos <i>Solamente relacionado con la planificación familiar - Copago de \$0.</i>	4 Visitas por Mes <i>Incluye las visitas a cualquier especialista - Copago de \$4 por visita.</i>
Servicios de Embarazo y Maternidad <i>(Incluye servicios prenatales, parto y posparto)</i> <i>*Para "Soon-to-be-Sooners", consulte las notas al final de este documento.</i>	Límite de 6 por Mes <i>Copago de \$0.</i>	Hay cobertura <i>Copago de \$0.</i>
Medicamentos con receta <i>(Vitaminas prenatales y productos para dejar fumar no son considerados como parte de límite de recetas. No hay copagos para niños y mujeres embarazadas).</i> <i>** Para copagos de Servicios en el Hogar y en la Comunidad bajo una exención, consulte las notas al final de este documento.</i>	Sólo anticonceptivos <i>Copago de \$0.</i>	Sólo anticonceptivos <i>Un máximo de 2 marca de nombre. Copago de \$4 por marca genérica. Copago de \$4 por visita - Copago de \$8 por marca de nombre.</i>
Aparatos Protésicos	No hay cobertura	Cobertura limitada <i>Con autorización previa; Aparatos ortopédicos no están cubiertos.</i>
Centro de tratamiento Residencial Psiquiátrico	No hay cobertura	No hay cobertura
Servicios residenciales para tratamiento de abuso de sustancias	No hay cobertura	No hay cobertura
SoonerRide <i>Transporte a los servicios médicos cubiertos que no son de emergencia.</i>	Hay cobertura	No hay cobertura

Tenga en cuenta:

Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.

SoonerPlan**Insure Oklahoma Plan Individual para Adultos (IP)**

Productos para Dejar de Fumar	No hay cobertura	90 días Sin autorización. <i>Copago de \$4 por marca genérica- Copago de \$8 por marca de nombre.</i>
Tratamiento de Abuso de Sustancias <i>(Solamente desintoxicación médica.)</i>	No hay cobertura	Ambulatorio <i>\$4 por visita.</i>
Servicios de Terapia <i>Servicios de Terapia</i>	No hay cobertura	PT, ST, OT <i>No se requiere autorización previa; 15 visitas por año en un hospital como paciente externo; Copago de \$4 por visita.</i>
Servicios de Trasplantes	No hay cobertura	No hay cobertura
Servicios de visión	No hay cobertura	Hay cobertura <i>Solamente para enfermedades o lesiones oculares- Copago de \$4.</i>

*Soon-to-be-Sooners	N/A	N/A
** Medicamentos con receta para Servicios en el Hogar y en la Comunidad	N/A	N/A

La lista proporcionada de beneficios cubiertos no es todo incluido. Todos los beneficios cubiertos deben ser médicamente necesarios. La cobertura de los beneficios mencionados depende del cumplimiento de los requisitos proporcionados de acuerdo con diversas regulaciones estatales y federales. Consulte OAC 317: 30-3-5 para más información relacionada con el costo compartido. Por favor, verifique cobertura o consulte con un representante en línea de ayuda de SoonerCare o Insure Oklahoma antes de recibir los servicios. La cobertura, copagos y limitaciones están sujetos a cambios. Actualizado el 10 de junio de 2020.