



## GUÍA DE BENEFICIOS

<b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.	<b>SoonerCare Choice y Tradicional</b>  <b>Menores de 21 años</b>	<b>SoonerCare Tradicional</b>  <b>Adultos mayores de 21 años</b>	<b>SoonerCare Choice</b>  <b>Adultos mayores de 21 años</b>	<b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b>  <b>Adultos 19 -64 años</b>	<b>SoonerCare Choice– Expansión</b>  <b>Adultos 19 -64 años</b>
<b>Ambulancia o Transporte de Emergencia</b>	<b>Hay Cobertura</b> <i>Emergencias solamente</i>	<b>Hay Cobertura</b> <i>Emergencias solamente</i>	<b>Hay Cobertura</b> <i>Emergencias solamente</i>	<b>Hay Cobertura</b> <i>Emergencias solamente</i>	<b>Hay Cobertura</b> <i>Emergencias solamente</i>
<b>Atención preventiva y detección</b>	<b>Hay Cobertura</b>	<b>Cobertura Limitada</b> <i>Los servicios preventivos cubiertos se brindan dentro de los hospitales ambulatorios; como servicios de laboratorio y rayos X; diagnóstico y tratamiento de condiciones encontradas; servicios clínicos; servicios de detección y servicios de rehabilitación.</i>	<b>Hay Cobertura</b>	<b>Cobertura Limitada</b> <i>Los servicios preventivos cubiertos se brindan dentro de los hospitales ambulatorios; como servicios de laboratorio y rayos X; diagnóstico y tratamiento de condiciones encontradas; servicios clínicos; servicios de detección y servicios de rehabilitación.</i>	<b>Hay Cobertura</b>

<p><b>Tenga en cuenta:</b>          Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerCare Choice y Tradicional</b></p> <p><b>Menores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice– Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>
<p><b>Anticonceptivos de Venta Libre</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>Hay Cobertura</p>
<p><b>Aparatos Ortopédicos y Protésicos</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b>  <i>Con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Cobertura limitada</b>  <i>Con una autorización previa; Los aparatos ortopédicos no están cubiertos.</i></p>	<p><b>Cobertura limitada</b>  <i>Con una autorización previa; Los aparatos ortopédicos no están cubiertos</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b>  <i>Con una autorización previa.</i>  <i>* Las prótesis y los aparatos ortopédicos están cubiertos para los adultos en expansión sin limitaciones, cuando sean médicamente necesarios.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b>  <i>Con una autorización. *</i>  <i>Las prótesis y los aparatos ortopédicos están cubiertos para los adultos en expansión sin limitaciones, cuando sean médicamente necesarios</i></p>
<p><b>Centro de Atención de Urgencias</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>Hay Cobertura</p>

<b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.	<b>SoonerCare Choice y Tradicional</b>  <b>Menores de 21 años</b>	<b>SoonerCare Tradicional</b>  <b>Adultos mayores de 21 años</b>	<b>SoonerCare Choice</b>  <b>Adultos mayores de 21 años</b>	<b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b>  <b>Adultos 19 -64 años</b>	<b>SoonerCare Choice– Expansión</b>  <b>Adultos 19 -64 años</b>
<b>Centro de Tratamiento Residencial Psiquiátrico</b>	<b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa.</i>	<b>No Hay Cobertura</b>	<b>No Hay Cobertura</b>	<b>No Hay Cobertura</b> <i>para adultos en expansión mayores de 21 años.</i>  <b>Hay Cobertura</b> <i>Para adultos en expansión de 19 - 20 años</i>	<b>No Hay Cobertura</b> <i>para adultos en expansión mayores de 21 años.</i>  <b>Hay Cobertura</b> <i>Para adultos en expansión de 19 - 20 años</i>
<b>Cuidado Personal</b>	<b>Hay Cobertura</b> <i>Tal y como se indica en plan de tratamiento.</i>	<b>Hay Cobertura</b> <i>Tal y como se indica en plan de tratamiento.</i>	<b>Hay Cobertura</b> <i>Tal y como se indica en plan de tratamiento.</i>	<b>Hay Cobertura</b> <i>Tal y como se indica en plan de tratamiento</i>	<b>Hay Cobertura</b> <i>Tal y como se indica en plan de tratamiento</i>
<b>Departamento de Emergencia</b> <i>(Servicios de Emergencia)</i>	<b>Hay Cobertura</b>	<b>Hay Cobertura</b>	<b>Hay Cobertura</b>	<b>Hay Cobertura</b>	<b>Hay Cobertura</b>

<p><b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerCare Choice y Tradicional</b></p> <p><b>Menores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice– Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>
<p><b>Equipos Médicos Duradero</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Cuando lo receta un proveedor médico y puede requerir autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Cuando lo receta un proveedor médico y puede requerir autorización previa.</i></p> <p><i>Copago de \$4 por reclamo.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Cuando lo receta un proveedor médico y puede requerir autorización previa.</i></p> <p><i>Copago de \$4 por reclamo.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Cuando lo receta un proveedor médico y puede requerir autorización previa.</i></p> <p><i>Copago de \$4 por reclamo.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Cuando lo receta un proveedor médico y puede requerir autorización previa.</i></p> <p><i>Copago de \$4 por reclamo.</i></p>
<p><b>Exámenes de Bienestar de Salud Infantil</b></p> <p><i>( Incluye el historial de salud y de vacunación; exámenes físicos, varios asesoramientos de salud y consejería); pruebas de laboratorio y de detección y cuidados de seguimiento necesarios.)</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>NO DISPONIBLE</b></p>	<p><b>NO DISPONIBLE</b></p>	<p><b>NO DISPONIBLE</b></p> <p><i>Para personas mayores de 21 años</i></p> <p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Adultos en expansión de 19 - 20 años son elegibles para recibir servicios de EPSDT</i></p>	<p><b>NO DISPONIBLE</b></p> <p><i>Para personas mayores de 21 años</i></p> <p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Adultos en expansión de 19 - 20 años son elegibles para recibir servicios de EPSDT</i></p>
<p><b>Hospicio</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>No Hay Cobertura</b></p>	<p><b>No Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>A partir del 1 de octubre de 2021</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>A partir del 1 de octubre de 2021</i></p>

<p><b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerCare Choice y Tradicional</b></p> <p><b>Menores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice– Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>
<p><b>Hospital de Rehabilitación para Pacientes Internos</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>90 días por persona por año fiscal estatal (julio-junio), cuando sea médicamente necesario con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>90 días por persona por año fiscal estatal (julio-junio), cuando sea médicamente necesario con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>90 días por persona por año fiscal estatal (julio-junio). * Los adultos en expansión pueden exceder el límite de días, si es médicamente necesario con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>90 días por persona por año fiscal estatal (julio-junio). * Los adultos en expansión pueden exceder el límite de días, si es médicamente necesario con una autorización previa.</i></p>
<p><b>Inmunizaciones</b> <i>(Tal como lo recomienda el comité consultivo de Prácticas de Inmunización)</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Tal como se recomienda para adultos; \$4 por cada fecha de servicio.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Tal como se recomienda para adultos; \$4 por cada fecha de servicio.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Tal como se recomienda para adultos; \$4 por cada fecha de servicio. No hay copago si es un servicio preventivo.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Tal como se recomienda para adultos; \$4 por cada fecha de servicio. No hay copago si es un servicio preventivo.</i></p>

<p><b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerCare Choice y Tradicional</b></p> <p><b>Menores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice– Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>
<p><b>Laboratorio y Rayos x</b></p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>Hay Cobertura \$4 por consulta.</p>	<p>Hay Cobertura \$4 por consulta.</p>	<p>Hay Cobertura \$4 por consulta. No hay copago si es un servicio preventivo.</p>	<p>Hay Cobertura \$4 por consulta. No hay copago si es un servicio preventivo.</p>
<p><b>Mamografías</b></p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>Hay Cobertura No hay copago si es un servicio preventivo.</p>	<p>Hay Cobertura No hay copago si es un servicio preventivo.</p>
<p><b>Medicamentos con Receta</b></p> <p><i>(Vitaminas prenatales y productos para dejar fumar no son considerados como parte de límite de recetas.</i></p> <p><i>No hay copagos para niños y mujeres embarazadas.)</i></p> <p><i>** Para copagos de Servicios en el Hogar y en la Comunidad bajo una exención, consulte las notas al final de este documento.</i></p>	<p><b>Cobertura Ilimitada</b></p>	<p><b>Límite de 6 por Mes</b></p> <p><i>Un máximo de 2 marca.</i></p> <p><i>Copago de \$4 por cada receta.</i></p> <p><i>Copago de \$4 por consulta.</i></p>	<p><b>Límite de 6 por Mes</b></p> <p><i>Un máximo de 2 marca.</i></p> <p><i>Copago de \$4 por cada receta.</i></p> <p><i>Copago de \$4 por consulta.</i></p>	<p><b>Límite de 6 por Mes</b></p> <p><i>Un máximo de 2 marca.</i></p> <p><i>Copago de \$4 por cada receta.</i></p> <p><i>Copago de \$4 por consulta.</i></p>	<p><b>Límite de 6 por Mes</b></p> <p><i>Un máximo de 2 marca.</i></p> <p><i>Copago de \$4 por cada receta.</i></p> <p><i>Copago de \$4 por consulta.</i></p>

<p><b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerCare Choice y Tradicional</b></p> <p><b>Menores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice– Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>
<p><b>Productos para Dejar de Fumar</b></p>	<p><b>90 Días</b> <i>Sin autorización.</i></p>	<p><b>90 Días</b> <i>Sin autorización.</i></p>	<p><b>90 Días</b> <i>Sin autorización.</i></p>	<p><b>90 Días</b> <i>Sin autorización.</i></p>	<p><b>90 Días</b> <i>Sin autorización.</i></p>
<p><b>Proveedor de Atención Primaria/ Hogar Médico de Atención Primaria</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Servicios ilimitados médicamente necesarios.</i></p>	<p><b>No Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Servicios ilimitados médicamente necesarios. Copago de \$4 por consulta.</i></p>	<p><b>No Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>*Adultos en expansión pueden exceder los límites de consultas médicas, si son médicamente necesarias y con autorización previa. Copago de \$4 por consulta.</i></p>
<p><b>Salud Mental o Trastorno por Consumo de Sustancias - Ambulatorio</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa. Algunos servicios pueden requerir un copago de \$3.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa. Algunos servicios pueden requerir un copago de \$3.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa. Algunos servicios pueden requerir un copago de \$3.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa. Algunos servicios pueden requerir un copago de \$3.</i></p>

<p><b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerCare Choice y Tradicional</b></p> <p><b>Menores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice– Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>
<p><b>Salud Mental o Trastornos por Consumo de Sustancias Desintoxicación Médica - Hospitalización</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa.</i> <i>Copago por de los pacientes internos: \$ 10- por día, hasta un máximo de \$75.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa.</i> <i>Copago por de los pacientes internos: \$ 10- por día, hasta un máximo de \$75.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa.</i> <i>Copago por de los pacientes internos: \$ 10- por día, hasta un máximo de \$75.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa.</i> <i>Copago por de los pacientes internos: \$ 10- por día, hasta un máximo de \$75.</i></p>
<p><b>Servicios Auditivos</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Evaluaciones, aparatos auditivos y suministros.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Evaluaciones solamente.</i> <i>Los aparatos auditivos están cubiertos cuando se suministran en centros de enfermería.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Evaluaciones solamente.</i> <i>Los aparatos auditivos están cubiertos cuando se suministran en centros de enfermería.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Evaluaciones solamente.</i> <i>Los aparatos auditivos están cubiertos cuando se suministran en centros de enfermería.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Evaluaciones solamente.</i> <i>Los aparatos auditivos están cubiertos cuando se suministran en centros de enfermería.</i></p>



<p><b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerCare Choice y Tradicional</b></p> <p><b>Menores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice– Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>
<p><b>Servicios Dentales</b> <i>(A los miembros adultos de SoonerCare no exentos se les cobrará un copago de \$4 por visita para servicios dentales que no sean de emergencia.)</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Preventivo (limpiezas dentales y flúor), restauración (empastes plateados y del color de los dientes), dentaduras completas y parciales y extracciones.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Preventivo (limpiezas dentales y flúor), restauración (empastes plateados y del color de los dientes), dentaduras completas y parciales y extracciones.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Preventivo (limpiezas dentales y flúor), restauración (empastes plateados y del color de los dientes), dentaduras completas y parciales y extracciones.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Preventivo (limpiezas dentales y flúor), restauración (empastes plateados y del color de los dientes), dentaduras completas y parciales y extracciones.</i></p>
<p><b>Servicios de Centros de Enfermería</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>
<p><b>Servicios de Cuidado de Salud en el Hogar</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>
<p><b>Servicios de Centros de Enfermería</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>
<p><b>Servicios de Embarazo y Maternidad</b> <i>(incluye servicios prenatales, parto y posparto) * Para Soon-to-be-Sooners, consulte las notas al final de este documento.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>

<p><b>Tenga en cuenta:</b>          Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerCare Choice y Tradicional</b></p> <p><b>Menores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice– Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>
<p><b>Servicios de Enfermeras Parteras</b></p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>Hay Cobertura</p>
<p><b>Servicios de Hospitalización</b></p>	<p>Hay Cobertura  <i>\$10 por día durante los primeros siete días - \$5 el octavo día.</i></p>	<p>Hay Cobertura  <i>\$10 por día durante los primeros siete días - \$5 el octavo día..</i></p>	<p>Hay Cobertura  <i>\$10 por día durante los primeros siete días - \$5 el octavo día..</i></p>	<p>Hay Cobertura  <i>\$10 por día durante los primeros siete días - \$5 el octavo día..</i></p>	<p>Hay Cobertura  <i>\$10 por día durante los primeros siete días - \$5 el octavo día.</i></p>
<p><b>Servicios de Rehabilitación</b></p>	<p>Hay Cobertura</p>	<p>No Hay Cobertura</p>	<p>No Hay Cobertura</p>	<p><b>Cubierto como consultas de PT, ST, OT</b>  <i>(Además del beneficio por consulta terapéutica.)</i>  <i>No se requiere autorización previa; 15 visitas al año por disciplina en pacientes ambulatorios hospitalarios; Copago de \$4 por consulta.</i></p>	<p><b>Cubierto como consultas de PT, ST, OT</b>  <i>(Además del beneficio por consulta terapéutica.)</i>  <i>No se requiere autorización previa; 15 visitas al año por disciplina en pacientes ambulatorios hospitalarios; Copago de \$4 por consulta.</i></p>

<p><b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerCare Choice y Tradicional</b></p> <p><b>Menores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice– Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>
<p><b>Servicios Médicos</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><b>4 consultas Por mes</b> <i>Incluyen las consultas cualquier especialista. \$4 copago por consulta.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><b>4 consultas Por mes</b> <i>Incluyen las consultas cualquier especialista. \$4 copago por consulta</i></p> <p><i>* Los adultos en expansión pueden exceder los límites de visitas al médico, si es médicamente necesario con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><b>4 consultas Por mes</b> <i>Incluyen las consultas cualquier especialista. \$4 copago por consulta</i></p> <p><i>* Los adultos en expansión pueden exceder los límites de visitas al médico, si es médicamente necesario con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><b>4 consultas Por mes</b> <i>Incluyen las consultas cualquier especialista. \$4 copago por consulta</i></p> <p><i>* Los adultos en expansión pueden exceder los límites de visitas al médico, si es médicamente necesario con una autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de Ortodoncia</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa.</i></p>	<p><b>No Hay Cobertura.</b></p>	<p><b>No Hay Cobertura.</b></p>	<p><b>No Hay Cobertura</b></p>	<p><b>No Hay Cobertura</b></p>

<p><b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerCare Choice y Tradicional</b></p> <p><b>Menores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice– Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>
<p><b>Servicios de Planificación Familiar</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Información y suministros sobre métodos anticonceptivo; pruebas de Papanicolaou y pruebas de embarazo.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Información y suministros sobre métodos anticonceptivos ; pruebas de Papanicolaou; pruebas de embarazo; ligaduras de trompas y vasectomías.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Información y suministros sobre métodos anticonceptivos; pruebas de Papanicolaou; pruebas de embarazo; ligaduras de trompas y vasectomías.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Información y suministros sobre métodos anticonceptivos; pruebas de Papanicolaou; pruebas de embarazo; ligaduras de trompas y vasectomías.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Información y suministros sobre métodos anticonceptivos; pruebas de Papanicolaou; pruebas de embarazo; ligaduras de trompas y vasectomías.</i></p>
<p><b>Servicios de Visión</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Solamente para enfermedades o lesiones oculares.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Solamente para enfermedades o lesiones oculares.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Solamente para enfermedades o lesiones oculares.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>para los adultos en expansión (19-20 años). La cobertura para los adultos en expansión (21-64) se limita a un examen de la vista relacionado a enfermedades o lesiones oculares.</i></p>

<p><b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerCare Choice y Tradicional</b></p> <p><b>Menores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice– Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>
<p><b>Servicios Hospitalarios y Quirúrgicos Ambulatorios</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Si es médicamente necesario.</i> Copago de \$4 por consulta.</p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Si es médicamente necesario.</i> Copago de \$4 por consulta.</p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Si es médicamente necesario.</i> Copago de \$4 por consulta.</p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Si es médicamente necesario.</i> Copago de \$4 por consulta.</p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Si es médicamente necesario.</i> Copago de \$4 por consulta.</p>
<p><b>Servicios Terapéuticos</b> <i>Física (PT), habla (ST), ocupacional (OT).</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Puede requerir autorización previa.</i></p>	<p><b>PT, ST, OT</b> <i>No se requiere autorización previa; 15 visitas al año por disciplina en pacientes ambulatorios hospitalarios; Copago de \$4 por consulta.</i></p>	<p><b>PT, ST, OT</b> <i>No se requiere autorización previa; 15 visitas al año por disciplina en pacientes ambulatorios hospitalarios; Copago de \$4 por consulta.</i></p>	<p><b>PT, ST, OT</b> <i>No se requiere autorización previa; 15 visitas al año por disciplina en pacientes ambulatorios hospitalarios; Copago de \$4 por consulta.</i></p>	<p><b>PT, ST, OT</b> <i>No se requiere autorización previa; 15 visitas al año por disciplina en pacientes ambulatorios hospitalarios; Copago de \$4 por consulta. Puede requerir autorización previa para los miembros adultos en expansión de 19-20 años.</i></p>

<p><b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerCare Choice y Tradicional</b></p> <p><b>Menores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice– Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>
<p><b>SoonerRide</b> <i>Transporte a servicios médicos cubiertos no urgentes</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p>
<p><b>Suministros para Diabéticos</b> <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></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Más un glucómetro por año.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>\$4 por reclamo.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>\$4 por reclamo.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>\$4 por reclamo.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>\$4 por reclamo.</i></p>
<p><b>Trasplantes de órganos</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b> <i>Con una autorización previa.</i></p>

<p><b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerCare Choice y Tradicional</b></p> <p><b>Menores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice</b></p> <p><b>Adultos mayores de 21 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Tradicional – Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>	<p><b>SoonerCare Choice– Expansión</b></p> <p><b>Adultos 19 -64 años</b></p>
<p><b>Tratamiento Asistido con Medicamentos</b></p> <p><i>Incluyen:</i></p> <p><i>Medicamentos y agentes utilizados para el tratamiento por uso de sustancias y programas de tratamiento de opioides (OTP).</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Algunos medicamentos pueden requerir una autorización previa.</i></p> <p><i>Los servicios de OTP requieren autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Algunos medicamentos pueden requerir una autorización previa.</i></p> <p><i>Los servicios de OTP requieren autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Algunos medicamentos pueden requerir una autorización previa.</i></p> <p><i>Los servicios de OTP requieren autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Algunos medicamentos pueden requerir una autorización previa.</i></p> <p><i>Los servicios de OTP requieren autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Algunos medicamentos pueden requerir una autorización previa.</i></p> <p><i>Los servicios de OTP requieren autorización previa.</i></p>
<p><b>Tratamiento Residencial para Trastornos por Uso de Sustancias</b></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Con una autorización previa.</i></p> <p><i>A partir de los 13 años</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Con una autorización previa.</i></p>	<p><b>Hay Cobertura</b></p> <p><i>Con una autorización previa.</i></p>

<p><b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.</p>	<p><b>SoonerPlan</b></p>
<p><b>Ambulancia o Transporte de Emergencia</b></p>	<p><b>No Hay Cobertura</b></p>
<p><b>Anticonceptivos de venta libre</b></p>	<p><b>Solamente Anticonceptivos</b></p> <p><i>Copago de \$0.</i></p>
<p><b>Aparatos Protésicos</b></p>	<p><b>No Hay Cobertura</b></p>

<b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.	<b>SoonerPlan</b>
<b>Cuidado de Largo Plazo</b>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Cuidado Personal</b>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Departamento de Emergencia</b> <i>(Servicios de Emergencia)</i>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Equipos Médicos Duradero</b>	<b>No Hay Cobertura.</b>
<b>Exámenes de Bienestar de Salud Infantil</b> <i>(Incluye el historial de salud y de vacunación; exámenes físicos, varios asesoramientos de salud y consejería); pruebas de laboratorio y de detección y cuidados de seguimiento necesarios.)</i>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Inmunizaciones</b> <i>(Tal como lo recomienda el comité consultivo de Prácticas de Inmunización)</i>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Laboratorio y Rayos x</b>	<b>Servicios relacionados solamente de planificación familiar</b> <i>Copago de \$0.</i>
<b>Mamografías</b>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Medicamentos con Receta</b> <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>	<b>Solamente Anticonceptivos</b> <i>Copago de \$0.</i>
<b>Productos para Dejar de Fumar</b>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Salud Mental o Trastornos por Consumo de Sustancias</b> <b>Desintoxicación Médica - Hospitalización</b>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Salud Mental o Trastorno por Consumo de Sustancias - Ambulatorio</b>	<b>No Hay Cobertura</b>



<b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.	<b>SoonerPlan</b>
<b>Servicios Auditivos</b>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Servicios Dentales</b>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Orthodontic Services</b>	<b>No Coverage</b>
<b>Servicios de Cuidado de Salud en el Hogar</b>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Servicios de Embarazo y Maternidad</b> <i>(Incluye servicios prenatales, parto y posparto)</i> <i>* Para Soon-to-be-Sooners, consulte las notas al final de este documento.</i>	<b>Pruebas de Embarazo para Mujeres</b> <i>Copago de \$0.</i>
<b>Servicios de Enfermeras Parteras</b>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Servicios de hospitalización</b>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Servicios de Ortodoncia</b>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Servicios de Planificación Familiar</b>	<b>Información, servicios y suministros para los métodos anticonceptivos</b> <i>Hombres y mujeres mayores de 19 años.</i> <b>Gardasil</b> <i>Hombres y mujeres hasta la edad de 26 años..</i> <b>Ligadura de trompas y vasectomía</b> <i>Personas mayores de 21 años - Copago de \$0 para cualquier servicio o suministro relacionado con la planificación familiar.</i>
<b>Servicios Hospitalarios y Quirúrgicos Ambulatorios</b>	<b>Servicios relacionados solamente con planificación familiar</b> <i>Copago de \$0.</i>
<b>Servicios de Trasplantes</b>	<b>No Hay Cobertura</b>

<b>Tenga en cuenta:</b> Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios..	<b>SoonerPlan</b>
<b>Servicios de Visión</b>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Servicios Hospitalarios y Quirúrgicos Ambulatorios</b>	<b>Servicios relacionados solamente con planificación familiar</b> <i>Copago de \$0.</i>
<b>Servicios Médicos</b>	<b>Consultas médicas y Exámenes Físicos</b> <i>Relacionados solamente con planificación familiar - \$0 copago</i>
<b>Servicios Terapéuticos</b> <i>Física, habla, ocupacional.</i>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>SoonerRide</b> <i>Transporte a servicios médicos cubiertos no urgentes.</i>	<b>Hay Cobertura</b>
<b>Suministros para Diabéticos</b> <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>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Tratamiento Residencial para Trastornos por Uso de Sustancias</b>	<b>No Hay Cobertura</b>
<b>Tratamiento por Uso de Sustancias</b> <i>(Solamente desintoxicación médica.)</i>	<b>No Hay Cobertura</b>

<p><b>*Soon-to-be-Sooners</b></p>	<p>Miembros en el programa de Soon- to- be- Sooners solamente reciben servicios para el embarazo y maternidad. La persona que está cubierta para beneficios relacionados para el embarazo bajo Soon to-be Sooners conserva elegibilidad hasta el final del embarazo. Sección 317:30-22-8</p>
<p><b>Programas de exención de 1915(c) para servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)</b></p>	<p>Los miembros de HCBS reciben los servicios tradicionales de SoonerCare adicionalmente a los servicios de HCBS dentro del programa de exención en el que están inscritos los cuales sonare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <a href="#">Servicios del programa de Exención Advantage s</a></li> <li>· <a href="#">Servicios del programa Medically Fragile s</a></li> <li>· <a href="#">Servicios del programa de Exención Comunitaria</a></li> <li>· <a href="#">Servicios del Programa Homeward Bound</a></li> <li>· <a href="#">Servicios del Programa de Apoyo a Domicilio para Adultos</a></li> <li>· <a href="#">Servicios del Programa de Apoyo a Domicilio para Niños</a></li> </ul> <p>Los miembros de HCBS solamente 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 \$ 50.01 o más.</p>

La lista de beneficios cubiertos presentada 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 varias regulaciones estatales y federales. Por favor, verifique la cobertura o consulte con un representante de la línea de ayuda de SoonerCare antes de recibir los servicios. La cobertura, los copagos y las limitaciones están sujetos a cambios. Actualizado el 3 de noviembre de 2021.

