

¿Listo para activar su cuenta? Aquí le decimos cómo hacerlo

Queremos que maximice su plan. Crear su cuenta le ayudará a conseguirlo y tendrá la atención médica al alcance de su mano.



Estas son algunas de las grandes cosas que puede hacer con una cuenta:



Acceder a su tarjeta de identificación digital



Hablar con un médico 24/7* por \$0 de copago



Enviar mensajes a su Equipo de Atención Médica



Encontrar un proveedor de atención primaria

Siga estos sencillos pasos para configurar su cuenta:

1

Visite holaoscar.com/register/. Introduzca su dirección de correo electrónico y cree una contraseña. A continuación, pulse ‘Cree una cuenta’.

Condiciones de servicio y la [Política de privacidad](#) del sitio web holaoscar.com.'"/>

2

Verifique su correo electrónico
Le solicitaremos algunos datos para que podamos asociarle con su información de inscripción.



Asegurado por Cigna Health and Life Insurance Company. Beneficios del seguro administrados por Oscar Management, un administrador externo. La cobertura del seguro de Cigna contiene exclusiones y limitaciones. Para obtener información detallada sobre la disponibilidad de cobertura del producto, consulte los documentos de su plan o la tarjeta de identificación de afiliado.

*La oferta de servicios de Atención de Urgencias Virtual no están disponibles en territorios de EE.UU. ni a nivel internacional. La Atención de Urgencias Virtual tiene un costo compartido para los afiliados de los planes HSA antes de que alcancen su deducible, tras lo cual el copago será de \$0. Esto se aplica a los grupos nuevos o a aquellos que renuevan con fechas de entrada en vigor del plan posteriores al 1/1/2022.

3

Ayúdenos a hacer de su salud una prioridad **llenando su perfil**.



Configure su perfil de salud para acceder a visitas virtuales.

Háblenos de usted.
Es obligatorio para las visitas virtuales de Oscar Care. Solo toma unos minutos completarlo y ayuda a mandarles a sus proveedores un panorama completo de su salud.

Perfil de salud completo

Al completar un perfil de salud, acepta las [términos y condiciones](#) Omitir por ahora

4

Cuéntenos un poco más sobre usted.

Personalice su atención

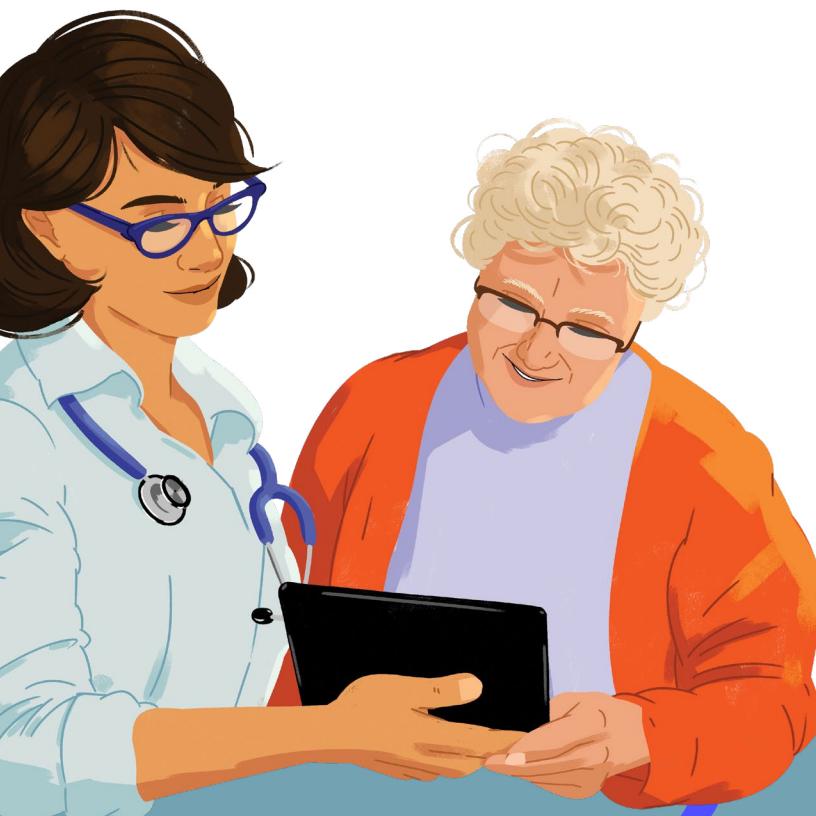
Los campos con un (*) son obligatorios.
Estamos comprometidos a asegurarnos de que todos nuestros afiliados se sientan seguros, bienvenidos y respetados. Su Equipo de Atención Médica utilizará esta información para brindarle un mejor servicio a usted y a sus necesidades de atención médica.

Nombre preferido (opcional)
Ingrese el nombre preferido

Apellido preferido (opcional)
Ingrese el apellido preferido

¿Cómo debemos dirigirnos a usted en tercera persona? (opcional)
 Ella/ella
 El/ el
 Ellos/ellos
 Prefiero no decirlo

¿Cuál es su identidad de género? (opcional)
 Mujer
 Hombre
 Género queer
 Género no conforme
 Intersexual



Enhorabuena, ¡lo consiguió!