



Programa de Beneficios de Cuidados de Salud

PÓLIZA

Oscar Insurance Company of Texas
(de ahora en adelante, "Oscar")

La prima puede incrementarse en la Fecha de Renovación de esta Póliza, y esta Póliza puede estar sujeta a una política de no renovación para los Dependientes que hayan pasado el límite de edad máximo. Consulte "Su Elegibilidad" de este contrato para obtener más información. En caso de que aumenten las tarifas, le proporcionaremos un aviso por escrito para comunicarle el aumento, al menos, 60 días antes de que entre en vigor. Este aviso incluye el monto en dólares de la prima anterior y posterior al cambio y el porcentaje de variación entre los montos.

Por la presente, Oscar certifica que expidió un Contrato de **Beneficios Farmacéuticos y de Cuidados de Salud** (de ahora en adelante, el "Plan"). Sujeto a las disposiciones del Plan, cada uno de los Miembros junto con sus Dependientes elegibles, por quienes se realiza inicialmente una solicitud y se la acepta, deben contar con la cobertura del Plan desde la Fecha de Entrada en Vigor que se indica en la Credencial, siempre que Usted pague el total de las primas adeudadas a Oscar en tiempo y forma. La expedición de esta Póliza por parte de Oscar no revoca las disposiciones de elegibilidad ni de Fecha de Entrada en Vigor establecidas en el Plan.

Beneficios dentro de la Red: Esta Póliza cubre únicamente los Beneficios dentro de la Red. Para recibir los Beneficios dentro de la Red, debe recibir cuidados exclusivamente de Proveedores participantes dentro de Nuestra Red. A excepción de los cuidados por Condiciones de Emergencia o de Urgencia descritos en "Servicios de Emergencia y Cuidados de Urgencia" de esta Póliza, Usted será responsable de pagar el costo de todos los cuidados que reciba de Proveedores no participantes.

CEO de Oscar

Aviso de derecho a examinar la Póliza

En el plazo de los 10 días posteriores a la entrega de esta Póliza, Usted puede devolverla a Oscar para solicitar un reembolso completo de cualquier prima que haya pagado, menos los beneficios que hayamos pagado. Se considerará a la Póliza nula desde el comienzo.

ESTA PÓLIZA NO ES COMPLEMENTARIA A MEDICARE. Si es elegible para Medicare, revise la Guía de Seguro Médico para Personas con Medicare que está disponible en la empresa.

ESTA NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES LABORALES. EL EMPLEADOR NO SE CONVIERTE EN SUScriptor DEL SISTEMA DE SEGURO DE ACCIDENTES LABORALES AL ADQUIRIR ESTA PÓLIZA Y, SI NO ES UN SUScriptor, PIERDE AQUELLOS BENEFICIOS QUE, DE OTRA FORMA, SE ACUMULARÍAN CONFORME A LAS LEYES QUE RIGEN EL SEGURO DE ACCIDENTES LABORALES. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LA LEY DE SEGURO DE ACCIDENTES LABORALES SEGÚN CORRESPONDA A LOS NO SUScriptORES Y CON LAS NOTIFICACIONES NECESARIAS QUE DEBAN RELLENARSE Y ENVIARSE.

AVISO IMPORTANTE

Para recibir información o para realizar una queja, puede contactarnos de las siguientes formas:

- Para obtener información o para realizar una queja, puede llamar al número de teléfono gratuito de Oscar:

1-855-Oscar-55 (1-855-672-2755)

- También puede escribirnos:

P.O. Box 52146
Phoenix AZ, 85072-2146

- Para comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas a fin de obtener información sobre las compañías, coberturas, derechos o quejas, llame a este número:

1-800-252-3439

- Para comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas por escrito, utilice esta dirección:

P.O. Box 149104 Austin,
Texas 78714-9104
Fax: (512) 490-1007
Sitio web: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico:

ConsumerProtection@tdi.texas.gov

DISPUTAS POR RECLAMACIONES O PRIMAS:

Si usted tiene alguna disputa relacionada con la prima o con una Reclamación, como primera medida, póngase en contacto con la compañía. Si la disputa no se resuelve, puede solicitar ayuda al Departamento de Seguros de Texas.

ADJUNTE EL SIGUIENTE AVISO A SU PÓLIZA:

Este aviso es para solicitar información únicamente y no se vuelve parte o condición del documento adjunto.

AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o para presentar una queja:

- Usted puede llamar al número de teléfono gratuito de Oscar para obtener información o para presentar una queja al:

1-855-Oscar-55 (1-855-672-2755)

- Usted también puede escribir a Oscar:

P.O. Box 52146
Phoenix AZ, 85072-2146

- Usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener información sobre compañías, coberturas, derechos, o quejas al:

1-800-252-3439

- Usted puede escribir al Departamento de Seguros de Texas a:

P.O. Box 149104 Austin,
Texas 78714-9104
Fax: (512) 490-1007
Sitio web: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

DISPUTAS POR PRIMAS DE SEGUROS O

RECLAMACIONES: Si tiene una disputa relacionada con su prima de seguro o con una reclamación, usted debe comunicarse con la compañía primero. Si la disputa no es resuelta, usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas.

ADJUNTE ESTE AVISO A SU PÓLIZA: Este aviso es solamente para propósitos informativos y no se convierte en parte o en condición del documento adjunto.

CONTENIDO

PÓLIZA	ii
AVISO IMPORTANTE	iii
CONTENIDO	iv
INTRODUCCIÓN	1
DEFINICIONES	3
CÓMO FUNCIONA EL PLAN	25
Disposiciones de las Organizaciones de Proveedores Exclusivos (EPO)	25
Proveedores participantes	26
Proveedores fuera de la Red	26
Servicios sujetos a Preautorización	27
Beneficios farmacéuticos	28
Administración de casos	28
Necesidad por Razones Médicas	28
Credencial	28
PERSONAS QUE RECIBEN LOS BENEFICIOS	30
Tipos de cobertura	30
Personas cubiertas	30
Inscripción	32
Cambios en la familia	33
Terminación de la cobertura	34
Pago de primas: Período de gracia	36
GASTOS ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS	38
Gastos elegibles	38
Cantidad autorizada	38
Deducibles	38
Montos de copago	39
Montos de coseguro	39
Límite de gastos de su bolsillo	39
SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS	40
Cobertura para internación en hospital	40
Cobertura médico-quirúrgica	40
Cobertura por cuidados extendidos	42
Maternidad y cuidados del recién nacido	44
Servicios de salud mental	45
Beneficios para servicios de cuidados preventivos	46
Beneficios para cirugía estética, reconstructiva o plástica	49
Beneficios para los servicios de la vista	50
Beneficios para servicios dentales	50
Beneficios para trasplantes de órganos y tejidos	50
Beneficios para el tratamiento de lesiones cerebrales adquiridas	52
Beneficios para el tratamiento del trastorno del espectro del autismo	52
Beneficios para el tratamiento de la diabetes	53
Beneficios para servicios de fisioterapia	55
Beneficios para órtesis	55
Beneficios para servicios del habla y la audición	56
Beneficios para costos de cuidado de rutina de participantes en algunos ensayos clínicos	56

CONTENIDO

Beneficios de bienestar	57
Beneficios de telemedicina	57
Beneficios para cuidados de emergencia y tratamiento de lesión accidental	57
Beneficios para cuidados de urgencia.....	58
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES MÉDICAS	59
BENEFICIOS FARMACÉUTICOS	63
Definiciones.....	63
Medicamentos cubiertos.....	66
Selección de una farmacia	69
Sus costos.....	70
Acerca de sus beneficios	71
Limitaciones y exclusiones.....	73
PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN.....	77
Preautorización.....	77
Revisión simultánea	82
Revisión retrospectiva	83
Apeles internas de revisión de utilización	83
PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES Y APELACIONES.....	87
Procedimientos para presentar reclamaciones: Requisitos	87
Quién puede presentar reclamaciones	87
Quién recibe los pagos	88
Cuándo enviar reclamaciones	89
Recepción de reclamaciones por parte de Oscar.....	89
Revisión de decisiones de reclamación	89
Procedimientos de queja	91
Acciones en contra de Oscar.....	95
DISPOSICIONES GENERALES	96
Autorización de divulgación	96
Aviso de reclamación	96
Cambio de beneficiario.....	96
Cancelación	96
Cesión y pago de beneficios	97
Continuidad de cuidados	97
Contrato completo y modificaciones.....	98
Coordinación de beneficios	98
Declaración falsa de la edad	105
Exámen físico y autopsia	105
Información de fraude relacionado con los cuidados de salud	105
Límite de tiempo en determinadas defensas.....	107
Medicare.....	107
Momento del pago de reclamaciones	108
Observancia de las leyes estatales.....	108
Pago de reclamaciones.....	108
Prima impaga.....	108
Programas del gobierno estatal	108
Reembolso de pagos de beneficios	109
Relación participante-proveedor.....	109
Subrogación y derecho a reembolso	109

CONTENIDO

AVISOS	112
Aviso de cantidad autorizada.....	112
Aviso de factura de saldo	113
Aviso del Departamento de Seguros de Texas	114
Aviso importante para personas con Medicare:	115
Aviso de ciertos beneficios obligatorios	116

INTRODUCCIÓN

Sabemos que el seguro médico puede ser confuso; por este motivo, en Oscar tratamos de simplificar Nuestros planes tanto como sea posible. Es importante que entienda cómo funciona Su Plan y cuánto pagará por el cuidado de Su salud. En esta Póliza se explican los derechos y deberes que rigen la relación entre Usted y Oscar. En la Póliza, se describe cómo puede obtener cuidados de salud, qué servicios están cubiertos y qué parte de los costos deberá pagar. El objetivo de los beneficios proporcionados es asistirlo con muchos de los costos de cuidados de salud por servicios y suministros que son Necesarios por Razones Médicas.

Los términos definidos en esta Póliza aparecen en mayúscula y se muestran en la disposición correspondiente o en la sección **DEFINICIONES** de la Póliza. Cuando se usan dichos términos, el significado es el que se da en su definición.

En esta Póliza, se utilizan los términos “Nosotros”, “Nos” y “Nuestro” para hacer referencia a Oscar. “Usted” es el suscriptor elegible cuya solicitud de inscripción individual hemos aceptado. Los términos “Usted” y “Su” también pueden incluir a cualquier dependiente elegible que esté cubierto según la presente Póliza. El término “Participante” lo incluye a Usted y a cualquier dependiente elegible que esté cubierto según la presente Póliza.

Le pedimos que lea esta Póliza en su totalidad y detenidamente, ya que muchas partes están relacionadas. Leer solo una o dos secciones podría no darle una comprensión total de Su cobertura. Las personas con necesidades de cuidado de salud especial deben leer con atención las secciones que se aplican a ellas.

Información importante de contacto

Recurso	Información de	Horario de atención
Línea de ayuda del servicio de atención al cliente	1-855-Oscar-55 (1-855-672-2755)	Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CT
Sitio web	www.hioscar.com	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Línea de ayuda del servicio de atención al cliente

Los representantes del servicio de atención al cliente pueden hacer lo siguiente:

- Identificar Su Área de Servicio.
- Darle información sobre los Proveedores de la Red y Otros Proveedores que tengan contratos con Oscar.

INTRODUCCIÓN

- Distribuir formularios de Reclamación.
- Responder preguntas o atender Reclamaciones.
- Ayudarlo a identificar un Proveedor de la Red.
- Darle información sobre las características de los planes.
- Registrar comentarios sobre Proveedores.
- Ayudarlo con consultas relacionadas con los **beneficios farmacéuticos**.

Sitio web de Oscar

Visite el sitio web de Oscar, www.hioscar.com, para obtener información sobre Oscar, acceder a los formularios a los que se hace referencia en esta Póliza y mucho más.

DEFINICIONES

Las definiciones que se usan en esta Póliza se aplican al total de la cobertura, a menos que se indique lo contrario.

Admisión Hospitalaria hace referencia al período entre el ingreso de un Participante a un Hospital o Centro de Tratamiento de Dependencia Química como **Paciente Internado** y el momento en que se discontinúa el cuidado de internación o que el Médico, Profesional de Salud Mental u Otro Proveedor Profesional que haya internado al paciente le da el alta, lo que ocurra primero. Para determinar la extensión de una Admisión Hospitalaria, se debe tener en cuenta la fecha de ingreso, pero no la del alta o partida. Si se admite a un Participante en el Hospital y se le da el alta en menos de 24 horas, pero se lo recluye como **Paciente Internado** en una cama durante el tiempo que esté en el Hospital, Oscar considera que dicha admisión es una Admisión Hospitalaria.

- **Paciente Internado** hace referencia a la reclusión en una cama en un Centro de Tratamiento de Dependencia Química por períodos de 24 horas o en una cama ubicada en una parte de un Hospital que está diseñada, equipada y operada para proporcionar cuidados hospitalarios agudos de corta duración por períodos de 24 horas. El término no contempla la reclusión en una parte del Hospital (que no sea un Centro de Tratamiento de Dependencia Química) diseñado, equipado y operado para brindar cuidados institucionales de largo plazo en régimen residencial.

Agencia de Cuidados de Salud en el Hogar se refiere a una empresa que proporciona Cuidados de Salud en el Hogar y que tiene una certificación, aprobación o licencia otorgada por la agencia correspondiente del estado en el que esté ubicada o que tenga una certificación de Medicare como proveedora de Cuidados de Salud en el Hogar.

Año Calendario hace referencia al período que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre posterior.

Área de Servicio se refiere a las áreas geográficas especificadas en el Contrato en las que la Red de Proveedores se ofrece y está disponible, y se usa para determinar la elegibilidad para los beneficios.

Beneficios dentro de la Red hace referencia a los beneficios disponibles en el Plan para servicios y suministros que brinda un Proveedor de la Red o un Proveedor fuera de la Red cuando lo reconozca Oscar.

Cantidad Autorizada hace referencia al monto máximo que Oscar considera elegible para el pago a un Proveedor de Centro Médico por un servicio, suministro o procedimiento particular.

DEFINICIONES

- Para los Hospitales y Otros Centros Proveedores de Servicios, Médicos y Otros Proveedores Profesionales que tengan un contrato con Oscar, la Cantidad Autorizada se basa en los términos del contrato del Proveedor y en la forma de pago vigente en la fecha en que se presta el servicio. La forma de pago que se use puede incluir grupos relacionados con el diagnóstico (GRD), tabla de honorarios, precios por paquete, precios globales, precios diarios, tarifas por caso, descuentos y otras formas de pago.
 - Para varias cirugías, la Cantidad Autorizada por todos los procedimientos quirúrgicos que se realizaron en el mismo paciente en el mismo día es el monto del procedimiento que tenga la Cantidad Autorizada más alta **más** un porcentaje determinado de la Cantidad Autorizada para **cada una** de las otras cirugías cubiertas que se hayan realizado.
 - Para los Medicamentos Cubiertos, según se aplica a las Farmacias Participantes, la Cantidad Autorizada para las Farmacias Participantes y para el Programa de Pedidos por Correo se basa en las disposiciones del contrato entre Oscar y la Farmacia Participante o la Farmacia del Programa de Pedidos por Correo vigente en la fecha en que se presta el servicio.

Centro de Cuidados Paliativos se refiere a un Centro Médico o agencia que se dedica especialmente a proporcionar servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos para pacientes terminales y que tiene una de las siguientes características:

1. Está certificado de acuerdo con la ley estatal (en casos en que la ley estatal contempla tal certificación).
2. Está certificado por Medicare como un proveedor de Cuidados Paliativos.

Centro de Diagnóstico por Imágenes se refiere a un Proveedor que puede prestarle servicios técnicos o totales relacionados con servicios de diagnósticos por imágenes y que está certificado por la Agencia de Control de Radiación Estatal de Texas (Texas State Radiation Control Agency).

Centro de Diálisis hace referencia a un centro de servicios con certificación de Medicare como centro médico para el tratamiento de la enfermedad renal terminal que proporciona diálisis asistida por el personal y capacitación para realizarse diálisis domiciliaria o autoasistida.

Centro de Enfermería Especializada se refiere a un centro médico que se dedica especialmente a proporcionar servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos que tiene las siguientes características:

1. Está certificado de acuerdo con la ley estatal (en casos en que la ley estatal contempla la certificación de tales centros).
2. Es elegible para Medicare o Medicaid como un proveedor de cuidados de enfermería especializada para pacientes internados.

DEFINICIONES

Centro de Investigación hace referencia a un establecimiento o Proveedor (persona o entidad) que realice un ensayo clínico en fase I, II, III o IV.

Centro de Servicios Contratista hace referencia a un Hospital, Otro Centro Proveedor de Servicios o cualquier otra clase de centro o establecimiento con el que Oscar haya celebrado un contrato por escrito para la provisión de cuidados, servicios o suministros dentro del marco de su certificación para los beneficios disponibles en el Plan.

Centro de Servicios no Contratista hace referencia a un Hospital, Otro Centro Proveedor de Servicios o cualquier otro centro de servicios o establecimiento con el que Oscar no haya celebrado un contrato por escrito para la provisión de cuidados, servicios o suministros por los cuales el Plan contempla beneficios. Cualquier Hospital, Otro Centro Proveedor de Servicios, centro de servicios o establecimiento que haya celebrado un contrato por escrito con Oscar que esté vencido o haya sido cancelado es un Centro de Servicios no Contratista.

Centro de Tratamiento de Dependencia Química hace referencia a un centro médico que ofrece programas de tratamiento para la Dependencia Química conforme a un plan de tratamiento escrito aprobado y supervisado por un Especialista en Salud Mental, que cumple, además, con alguna de las siguientes características:

1. Está afiliado a un Hospital que tiene un acuerdo contractual con un sistema establecido para la remisión médica de pacientes.
2. Fue acreditado como centro médico por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias.
3. Fue certificado como un programa de tratamiento de Dependencia Química por el Comité de Texas contra el Abuso del Alcohol y las Drogas (Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse).
4. Fue certificado o aprobado como programa o centro de tratamiento de Dependencia Química por cualquier otra agencia estatal que tenga autoridad legal para otorgar licencias, certificados o aprobaciones en este sentido.

Centro de Tratamiento Psiquiátrico de Día hace referencia al establecimiento que tiene la certificación apropiada de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias como Centro de Tratamiento Psiquiátrico de Día para brindar a los Participantes servicios para Cuidados de Salud Mental y Enfermedades Mentales Graves por períodos que no superen las ocho horas cada 24 horas. El Médico o Profesional de Salud Mental tratante debe certificar por escrito cualquier tratamiento que se realice en un Centro de Tratamiento Psiquiátrico de Día en lugar de una hospitalización.

Centro de Tratamiento Residencial para Niños y Adolescentes hace referencia al establecimiento de cuidado de menores que tiene la certificación apropiada de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias o de la Asociación Estadounidense de Servicios Psiquiátricos para Menores (American Association of Psychiatric Services for Children) como centro residencial de tratamiento para brindar Cuidados de Salud Mental y Enfermedades Mentales Graves para niños y adolescentes con trastornos emocionales.

Centro Terapéutico hace referencia a un establecimiento que se encuentra certificado o aprobado de manera adecuada por el estado en el cual está ubicado y que tiene alguna de las siguientes características:

1. Es un centro de cirugía ambulatoria (en el día).
2. Es un centro independiente de terapia de radiación.
3. Es una maternidad independiente.

Cirugía Estética, Reconstructiva o Plástica hace referencia a la cirugía que cumple con alguno de los siguientes requisitos:

1. Se espera que mejore el aspecto físico del Participante o se realiza con este fin o con fines psicológicos.
2. Restaura la forma, pero no corrige ni restablece de manera considerable una función corporal.

Cirugía Oral Cubierta se refiere al procedimiento quirúrgico maxilofacial que se limita a lo siguiente:

1. Escisión de neoplasias no relacionadas con la dentadura, incluidos tumores y quistes benignos, y todos los tumores y lesiones malignas y premalignas
2. Incisión y drenaje de abscesos faciales
3. Procedimientos quirúrgicos que incluyan a los conductos y a las glándulas salivales y procedimientos no relacionados con la dentadura en los senos paranasales
4. Reducción de una dislocación, escisión e inyección en la articulación temporomandibular, excepto que estén excluidas de este Plan

Cirugía Reconstructiva para Anomalías Craneofaciales hace referencia a la cirugía que mejora la función, o intenta crear una apariencia normal, de una estructura anormal ocasionada por anomalías congénitas, deformaciones del desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades.

DEFINICIONES

Complicaciones durante el Embarazo hace referencia a lo siguiente:

1. Condiciones que requieren hospitalización (cuando no se realiza un aborto provocado) cuyo diagnóstico no sea el embarazo, pero que son afectadas negativamente por el embarazo o que son causadas por este, por ejemplo, nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, aborto retenido y otras condiciones médicas y quirúrgicas de gravedad similar, pero que **no incluyen** falso trabajo de parto, manchado ocasional, reposo indicado por el Médico durante el embarazo, náuseas del embarazo, hiperémesis gravídica, preeclampsia y otras condiciones similares relacionadas con el tratamiento de un embarazo complicado que no constituyan complicaciones durante el embarazo nosológicamente distintas.
2. Cesárea obligatoria, aborto provocado por embarazo ectópico y pérdida del embarazo que hayan ocurrido durante un período de gestación en el que el nacimiento no era viable.

Copago o Monto de Copago hace referencia al cargo que debe pagar para recibir un beneficio específico. Se trata del costo compartido del Miembro por los servicios cubiertos. El monto en dólares que abona de Copago puede ser de \$0 (sin cargo).

Coseguro o Monto de Coseguro hace referencia a los costos compartidos del Miembro por los servicios cubiertos, que se representan con porcentajes. El Coseguro será calculado sobre la base de las tarifas contratadas, de existir alguna, entre Oscar y Nuestros Proveedores del Plan.

Costos de Cuidado de Rutina del Paciente hace referencia a cualquier servicio de cuidados de salud Necesario por Razones Médicas para el cual el Plan proporciona beneficios, sin importar si el Participante forma parte de un ensayo clínico. Por ejemplo, los Costos de Cuidado de Rutina del Paciente no incluyen lo siguiente:

1. El costo de un dispositivo o medicamento nuevo en investigación que la Food and Drug Administration (Administración de Medicamentos y Alimentos, FDA) de los Estados Unidos no haya aprobado para ningún fin, incluido un medicamento o dispositivo que sea motivo del ensayo clínico.
2. El costo de un servicio que no sea un servicio de cuidados de salud, sin importar si este es necesario para algún fin relacionado con la participación en un ensayo clínico.
3. El costo de un servicio que, de manera clara, no cumple con los estándares de cuidado ampliamente establecidos y aceptados para un diagnóstico determinado.
4. Un costo asociado con la administración de un ensayo clínico.
5. El costo de un servicio de cuidados de salud que esté específicamente excluido de la cobertura del Plan.

Credencial se refiere a la tarjeta que le otorga Oscar donde se indica información pertinente a Su cobertura.

Cuidado Supervisado se refiere a un grupo de servicios y suministros, que incluyen habitación, comidas y otros servicios institucionales, provistos a un Paciente principalmente para asistirlo en actividades cotidianas y para mantener la vida y la comodidad si no tiene una expectativa razonable de cura o de mejora de su enfermedad o lesión. El Cuidado Supervisado es aquel que no es necesario como parte de un tratamiento médico para la recuperación e incluye, entre otros, la ayuda al Participante para que pueda caminar, bañarse, vestirse, comer, preparar dietas especiales y tomar medicación.

Cuidados de Emergencia se refiere a los servicios de cuidados de salud provistos para evaluar y estabilizar las condiciones médicas de un cuadro reciente de gravedad, como un dolor intenso que podría llevar a una persona legamente prudente que posea un conocimiento promedio de medicina y salud a creer que la condición, enfermedad o lesión de la persona tiene una gravedad tal que, de no recibir cuidados de inmediato, podría tener uno de los siguientes resultados:

1. Poner la salud del paciente en grave peligro.
2. Generar un deterioro grave de las funciones corporales.
3. Producir una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
4. Provocar deformidades graves.
5. En el caso de una mujer embarazada, causar grave peligro a la salud del feto.

Cuidados de Maternidad se refiere a cuidados y servicios provistos para el tratamiento del embarazo, excepto por Complicaciones durante el Embarazo.

Cuidados de Salud en el Hogar se refiere a los servicios de cuidados de salud cuyos beneficios se proporcionan según lo que establece el Plan cuando dichos servicios se prestan durante la visita de una Agencia de Cuidados de Salud en el Hogar a los pacientes que no pueden salir de su hogar como consecuencia de una enfermedad o lesión que requiere servicios de salud especializados de forma intermitente y temporal.

Cuidados de Salud Mental hace referencia a uno o más de los siguientes:

1. El diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, trastorno o condición mental que esté en la última versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM en inglés) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría o en cualquier otro sistema de codificación de diagnósticos que utilice Oscar, ya sea que la naturaleza o el origen de la causa de la enfermedad, el trastorno o la condición sea física, química o mental.

DEFINICIONES

2. El diagnóstico o el tratamiento de cualquier síntoma, condición, enfermedad o trastorno por parte de un Médico, Profesional de Salud Mental u Otro Proveedor Profesional (o por parte de cualquier persona que trabaje bajo la dirección o supervisión de un Médico, Profesional de Salud mental u Otro Proveedor Profesional) cuando el Gasto Elegible tenga los siguientes fines:
 - a. Psicoterapia individual, grupal, familiar o conjunta
 - b. Asesoramiento
 - c. Psicoanálisis
 - d. Evaluación y pruebas psicológicas
 - e. La administración o el control de psicofármacos
 - f. Visitas o consultas hospitalarias en los centros médicos que se detallan en la subsección 5 a continuación
3. Tratamiento electroconvulsivo.
4. Psicofármacos.
5. Cualquiera de los servicios detallados en las subsecciones 1 a 4 arriba que se presten en un Hospital, en Otro Centro Proveedor de Servicios o en otro centro médico o unidad acreditada que provea ese tipo de cuidados.

Cuidados Paliativos se refiere a los servicios cuyos beneficios se proporcionan según lo que establece el Plan cuando los presta un Centro de Cuidados Paliativos a pacientes recluidos en su hogar o en un Centro de Cuidados Paliativos como consecuencia de una enfermedad o lesión terminal que requiere servicios de cuidados de salud especializados.

Decisión Adversa de Reclamación se refiere a la decisión por parte de Oscar, o de la organización designada por dicha compañía, de que una admisión, disponibilidad de cuidados, estancia continuada u otro servicio de cuidados de salud que sea un servicio cubierto se ha revisado y, sobre la base de la información provista, se ha determinado que es Experimental o está En Investigación, o que no cumple con los requisitos de Oscar relacionados con Necesidad Médica, adecuación, entorno de cuidados de salud, nivel de cuidados o efectividad, por lo que el servicio solicitado o el pago por este se deniega, reduce o termina.

Deducible es el monto en dólares de Gastos Elegibles que abona el Participante para que los beneficios del Plan estén a su disposición.

Dependencia Química se refiere al abuso o a la dependencia física o psicológica del alcohol o de una sustancia controlada, o la adicción a estos.

DEFINICIONES

Dependiente hace referencia a Su cónyuge, pareja doméstica o cualquier **hijo** que cubra el plan.

- Dentro de la categoría **hijo**, se incluye lo siguiente:
 - Un hijo natural, un hijastro, una persona en régimen de acogida, un hijo adoptivo (lo que contempla una persona por la que Usted o Su cónyuge estén a la espera de un juicio en el que se busque su adopción) que tenga menos de veintiséis (26) años, sin importar si dicha persona depende económicamente de Usted ni su condición de estudiante, situación laboral, estado civil, elegibilidad para otras coberturas o cualquier combinación de esos factores.
 - **Nietos**. Un hijo de Su hijo debe ser Dependiente Suyo con fines relativos al impuesto federal sobre la renta en el momento en que realice la solicitud de cobertura para que el hijo de Su hijo se considere elegible como Dependiente Cubierto por el Plan.
- “Dependiente” no incluye personas que residan en otro país. Sin embargo, un Dependiente puede residir fuera de los Estados Unidos si está matriculado como estudiante por hasta un año por vez y asiste a una Escuela Acreditada en otro país.
- A Nuestro criterio, podemos solicitar comprobantes de que la persona sigue cumpliendo los requisitos para calificar como Dependiente.

Ecología Clínica hace referencia al diagnóstico o al tratamiento de pacientes internados o ambulatorios con síntomas alérgicos mediante pruebas de citotoxicidad (evaluación del resultado de los alimentos o de los inhalantes respecto de si reducen o matan a los glóbulos blancos); la autoinyección de orina, la irritación de la piel mediante el método de Rinkel; pruebas de provocación y de neutralización subcutáneas (inyectarle el alérgeno al paciente) o pruebas de provocación sublinguales (gotitas de extractos del alérgeno en la boca).

Enfermedad Mental Grave incluye las siguientes enfermedades psiquiátricas definidas en el Manual diagnóstico y estadístico (DSM en inglés):

1. Trastornos bipolares (hipomaníacos, maníacos, depresivos y combinados)
2. Depresión durante la niñez y la adolescencia
3. Trastornos depresivos mayores (episodio único o recurrente)
4. Trastornos obsesivos-compulsivos
5. Trastornos de la personalidad paranoides y otros trastornos psicóticos
6. Trastornos esquizoafectivos (bipolares o depresivos)
7. Esquizofrenia

Escuela Acreditada se refiere a una escuela acreditada por una asociación acreditante reconocida a nivel nacional, por ejemplo, una de las siguientes agencias acreditantes regionales: Asociación de Universidades y Centros de Estudios de los Estados Centrales (Middle States Association of Colleges and Schools); Asociación de Centros de Estudios y Universidades de Nueva Inglaterra (New England Association of Schools and Colleges); Asociación de Universidades y Centros de Estudios de los Estados Centrales del Norte (North Central

DEFINICIONES

Association of Colleges and Schools); Asociación de Centros de Estudios y Universidades del Noroeste (Northwest Association of Schools and Colleges); Asociación de Universidades y Centros de Estudios del Sur (Southern Association of Colleges and Schools); o Asociación de Centros de Estudios y Universidades del Oeste (Western Association of Schools and Colleges). Las Escuelas Acreditadas también incluyen establecimientos privados aprobados por una agencia responsable de expedir pólizas o licencias a los graduados de ellas.

Especialista en Salud Mental es un Médico u Otro Proveedor Profesional que presta servicios relacionados con Cuidados de Salud Mental, Enfermedades Mentales Graves o Dependencia Química.

Experimental o En investigación se refiere al uso de cualquier tratamiento, procedimiento, centro médico, equipo, medicamento, dispositivo o suministro que no está aceptado como **tratamiento médico estándar** para la condición que se esté tratando o cualquier elemento que requiera una aprobación federal o de algún organismo gubernamental que no haya sido otorgada hasta el momento en que se presta el servicio.

- La **aprobación por parte de la agencia federal** significa que el tratamiento, procedimiento, centro médico, equipo, medicamento, dispositivo o suministro fue aprobado para la condición que se está tratando y, en el caso de un medicamento, en la dosis que se le indique al paciente.
- De ahora en adelante, el término **“tratamiento médico”** incluye el tratamiento médico, quirúrgico y dental.
- **“Tratamiento médico estándar”** se refiere a los servicios o suministros que se usan de manera generalizada en la comunidad médica de los Estados Unidos y que cumplen con las siguientes condiciones:
 - Se ha demostrado en publicaciones con revisión externa por especialistas que tienen valor médico establecido científicamente para curar o aliviar las condiciones que se tratan.
 - Son apropiados para el Hospital u Otro Centro Proveedor de Servicios en el que se utilicen.
 - El Médico u Otro Proveedor Profesional ha recibido la capacitación apropiada y tiene suficiente experiencia como para ofrecer el tratamiento o el procedimiento.
- El personal médico de Oscar debe determinar si cualquier tratamiento, procedimiento, centro médico, equipo, medicamento, dispositivo o suministro es Experimental o está En Investigación, y tendrá en cuenta las pautas y las prácticas de Medicare, Medicaid u otros programas financiados por el Gobierno para tomar su determinación.
- A pesar de que un Médico u Otro Proveedor Profesional haya indicado un tratamiento y los servicios o suministros se hayan proporcionado como último recurso de tratamiento, Oscar seguirá teniendo la potestad para determinar que dichos servicios o suministros son Experimentales o están En Investigación según esta definición. Los tratamientos que se proporcionen como parte de un ensayo clínico o un estudio de investigación califican como

DEFINICIONES

Experimentales o En Investigación. En circunstancias de riesgo de vida o de cuidados de urgencia, Usted tiene derecho a una apelación inmediata ante una organización de revisión independiente (IRO en inglés). Para obtener más información sobre el proceso de IRO, llame a la línea de información de IRO del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance) al número (866) 554-4926 o, desde Austin, llame al (512) 322-4266.

Factor Relacionado con el Estado de Salud se refiere a lo siguiente:

1. Estado de salud
2. Condición médica, lo que incluye tanto enfermedades físicas como mentales
3. Experiencia en reclamaciones
4. Recepción de cuidados de salud
5. Historia clínica
6. Información genética
7. Pruebas de asegurabilidad, lo que incluye condiciones debidas a actos de violencia familiar
8. Discapacidad

Facturación del Saldo ocurre cuando un Proveedor fuera de la Red le factura a Usted la diferencia entre el cargo de dicho Proveedor y la Cantidad Autorizada. Ningún Proveedor participante debería facturarle por Servicios Cubiertos.

Fecha de Entrada en Vigor es la fecha en la que Usted o Sus Dependientes comienzan a tener cobertura mediante esta Póliza, según lo que sugiera el contexto en que se utilice este término.

Fecha de Renovación hace referencia al 1 de enero del año inmediatamente posterior a la Fecha de Entrada en Vigor de esta Póliza y todos los 1 de enero posteriores.

Formulario hace referencia a la lista que identifica los Medicamentos Recetados que cubre esta Póliza. Esta lista puede ser modificada en la renovación, y Oscar le notificará 60 días antes de la modificación. Puede determinar a qué nivel se asignó un Medicamento Recetado en particular en Nuestro sitio web, www.hioscar.com, o llamando a Oscar al número de teléfono 1-855-Oscar-55.

Gastos de Cuidados Extendidos hace referencia a la Cantidad Autorizada de cargos contraídos por servicios y suministros Necesarios por Razones Médicas provistos en un Centro de Enfermería Especializada, una Agencia de Cuidados de Salud en el Hogar o un Centro de Cuidados Paliativos, tal como se describe en "Gastos de Cuidados Extendidos" de esta Póliza.

DEFINICIONES

Gastos de Internación en Hospital se refiere a la Cantidad Autorizada para los servicios o suministros Necesarios por Razones Médicas detallados a continuación para el cuidado de un Participante, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:

1. Son proporcionados bajo dirección o por indicación de un Médico, un Profesional de Salud Mental u Otro Proveedor Profesional.
2. Son proporcionados por un Hospital o por un Centro de Tratamiento de Dependencia Química.
3. Son proporcionados al Participante y utilizados por este durante una Admisión Hospitalaria.

Los Gastos de Internación en Hospital incluyen lo siguiente:

1. Cargos de la habitación. Si el Participante está en una habitación privada, la diferencia entre el cargo por esa habitación y el costo de una habitación semiprivada promedio del Hospital **no es** un Gasto Elegible.
 2. Todos los demás servicios habituales de un Hospital, incluidos fármacos y medicaciones, que sean Necesarios por Razones Médicas y coherentes con la condición del Participante.
 - a. No están incluidos los elementos personales o de confort, como TV, teléfono, botiquines de primeros auxilios, equipos para hacer ejercicio, acondicionador de aire, humidificadores, saunas o hidromasajes. Los elementos personales **no son** un Gasto Elegible.
- Los tratamientos o Cuidados de Salud Mental Necesarios por Razones Médicas para casos de Enfermedad Mental Grave en un Centro de Tratamiento Psiquiátrico de Día, en una Unidad o Centro de Estabilización de Crisis o en un Centro de Tratamiento Residencial para Niños y Adolescentes, en lugar de una hospitalización, se consideran Gastos de internación en Hospital.

Gastos Médico-Quirúrgicos se refiere a la Cantidad Autorizada para cargos contraídos por los servicios o suministros Necesarios por Razones Médicas detallados a continuación para el cuidado de un Participante, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:

1. Son proporcionados bajo dirección o por indicación de un Médico, un Profesional de Salud Mental u Otro Proveedor Profesional.
2. No están contemplados como elementos dentro de los Gastos de Internación en Hospital ni de los Gastos de Cuidados Extendidos en el Plan.

Un servicio o suministro se proporciona bajo la dirección de un Médico, Profesional de Salud Mental u Otro Proveedor Profesional siempre que cumpla con los siguientes requisitos:

1. Son proporcionados por una persona empleada por el Médico, Profesional de Salud Mental u Otro Proveedor Profesional que indica el tratamiento.
2. Se proporcionan en el lugar de trabajo habitual del Médico, Profesional de Salud Mental u Otro Proveedor Profesional que indica el tratamiento.

DEFINICIONES

3. Son facturados al paciente por el Médico, Profesional de Salud Mental u Otro Proveedor Profesional que indica el tratamiento.

El gasto debe contraerse en la fecha en que se presta el servicio por el cual se imputa el cargo.

Hospital hace referencia a un centro médico de cuidados agudos de corta duración que tiene las siguientes características:

1. Está debidamente certificado como Hospital por el estado en el que está ubicado y cumple con los estándares establecidos para obtener dicha certificación, incluidos los que tienen una certificación de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias o está certificado como proveedor hospitalario por Medicare.
2. Se dedica principalmente a proporcionar servicios terapéuticos y diagnósticos a pacientes internados para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de personas enfermas o lesionadas por parte de Médicos o Profesionales de Salud Mental, o bajo la supervisión de estos, para la compensación de sus pacientes.
3. Tiene departamentos de medicina y de cirugía mayor organizados, ya sea en sus instalaciones o en Centros Médicos que se encuentran a disposición del Hospital de forma contractual preacordada, y conserva las historias clínicas de todos los pacientes.
4. Brinda servicios de enfermería las 24 horas del día por parte de enfermeros o bajo la supervisión de estos.
5. Salvo en casos excepcionales, no es un Centro de Enfermería Especializada, una residencia de ancianos, un centro de Cuidados Supervisados, un balneario, un spa o sanatorio, un lugar de descanso, un lugar para ancianos, un lugar para el tratamiento de la Dependencia Química, un Centro de Cuidados Paliativos o un sitio para la provisión de cuidados de rehabilitación.

Laboratorio Independiente hace referencia a un laboratorio certificado por Medicare que proporciona servicios profesionales y técnicos de laboratorio clínico y de anatomía patológica.

Lesión Accidental hace referencia a una lesión accidental que, de manera directa e independiente de cualquier otra causa, tiene como resultado la necesidad de recibir cuidados iniciales de un Médico u Otro Proveedor Profesional.

Lesión Cerebral Adquirida hace referencia a una lesión neurológica en el cerebro que no es hereditaria, congénita ni degenerativa. Se trata de lesiones en el cerebro que se hayan producido después del nacimiento y que alteren la actividad neuronal, lo que tiene como resultado un deterioro del funcionamiento físico, el procesamiento sensorial, el proceso cognitivo o el comportamiento psicosocial.

DEFINICIONES

Límite de Gastos de Su Bolsillo se refiere al monto anual máximo en dólares que una Persona Cubierta debe pagar en calidad de Copago, Deducible y Coseguro por todos los suministros y servicios cubiertos en un Año Calendario. Excepto que se especifique lo contrario, todos los montos que se abonen en calidad de Copago, Deducible y Coseguro cuentan para el Límite de Gastos de Su Bolsillo. Una vez que se alcanza el Límite de Gastos de Su Bolsillo, la Persona Cubierta no tiene más obligación de pagar ningún monto en calidad de Copago, Deducible y Coseguro por los suministros y servicios cubiertos durante lo que quede del Año Calendario. Una vez que cualquier combinación de Personas Cubiertas dentro de la misma familia alcanza el equivalente al doble del Límite de Gastos de Su Bolsillo, ninguna de las Personas Cubiertas en dicha familia debe pagar ningún monto en calidad de Copago, Deducible o Coseguro por los suministros y servicios cubiertos durante lo que quede del Año Calendario.

Médico hace referencia a una persona que tiene certificación de médico (M. D.) o de licenciado en Medicina (D. O.) cuando presta un servicio en el marco de su certificación. Los términos médico (M. D.) o licenciado en Medicina (D. O.) se interpretan según lo que establece el *Código de Seguros de Texas (Texas Insurance Code)*.

Necesario por Razones Médicas o Necesidad por Razones Médicas hace referencia a los servicios o suministros que están cubiertos por el Plan y que cumplen con los siguientes requisitos:

1. Son esenciales para el diagnóstico o el cuidado y el tratamiento directos de la condición, enfermedad, trastorno, lesión o disfunción corporal, coherentes con estos y provistos para dichos fines.
2. Se proporcionan de acuerdo y de manera coherente con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica en los Estados Unidos.
3. No se realizan principalmente por conveniencia del Participante o su Médico, Profesional de Salud Mental, Hospital u Otro Proveedor.
4. Son los suministros o los niveles de servicio más económicos apropiados para el tratamiento seguro y eficaz del Participante. Cuando se aplica a la hospitalización, esto significa además que el Participante necesita cuidados agudos como paciente internado debido a su condición o la naturaleza de los servicios provistos, y que no puede recibir cuidados seguros o adecuados como paciente ambulatorio.

El personal médico de Oscar debe determinar si cualquier servicio o suministro es Necesario por Razones Médicas según el Plan y, para esto, tendrá en cuenta los puntos de vista de las comunidades médicas nacionales y estatales, las pautas y prácticas de Medicare y Medicaid u otros programas financiados por el Gobierno, como así también publicaciones con revisión externa por especialistas. Aunque un Médico, Profesional de Salud Mental u Otro Proveedor Profesional haya indicado un tratamiento, este podría no ser Necesario por Razones Médicas conforme a esta definición.

DEFINICIONES

Otro Proveedor hace referencia a una persona o entidad, que no sea un Hospital o Médico, que esté certificada para proporcionar un servicio o un suministro aquí descrito como un Gasto Elegible a un Participante. Otro Proveedor puede incluir lo siguiente:

1. **Otro Centro Proveedor de Servicios**, que se refiere únicamente a los establecimientos o entidades incluidos la siguiente lista.
 - a. Centro de Tratamiento de Dependencia Química
 - b. Unidad o Centro de Estabilización de Crisis
 - c. Proveedor de Equipo Médico Duradero
 - d. Agencia de Cuidados de Salud en el Hogar
 - e. Proveedor de Terapia de Infusión en el Hogar
 - f. Centro de Cuidados Paliativos
 - g. Centro de Diagnóstico por Imágenes
 - h. Laboratorio Independiente
 - i. Centro de Tratamiento Psiquiátrico de Día
 - j. Centro de Diálisis
 - k. Centro de Tratamiento Residencial para Niños y Adolescentes
 - l. Centro de enfermería especializada
 - m. Centro Terapéutico
2. **Otro Proveedor Profesional**, que se refiere únicamente a una persona o profesional de la siguiente lista cuando opere de conformidad con su acreditación y que tenga una certificación apropiada.
 - a. Profesional en enfermería superior
 - b. Quiropráctico
 - c. Odontólogo
 - d. Optometrista
 - e. Podólogo
 - f. Psicólogo
 - g. Audiólogo certificado
 - h. Consejero certificado en Dependencia Química
 - i. Especialista en nutrición certificado
 - j. Persona certificada para adaptar y despachar audífonos
 - k. Terapeuta familiar y de parejas certificado
 - l. Asistente social clínico certificado
 - m. Terapeuta ocupacional certificado
 - n. Fisioterapeuta certificado
 - o. Consejero profesional certificado
 - p. Patólogo del habla y el lenguaje certificado
 - q. Asistente quirúrgico certificado
 - r. Primer auxiliar de enfermería
 - s. Auxiliar médico
 - t. Proveedores de Prótesis y Órtesis
 - u. Adjunto en Psicología que trabaje bajo la supervisión de un psicólogo

DEFINICIONES

A menos que se indique lo contrario en el Plan, se define a los especialistas de las listas 1 y 2 que se muestran arriba según lo que establece el *Código de Seguros de Texas* (Texas Insurance Code). En los estados en los que se requiere una certificación, los Proveedores deben tener una emitida por la agencia administrativa estatal correspondiente.

Participante hace referencia a una Persona o Dependiente cuya cobertura entró en vigor mediante este Contrato.

Período Abierto de Inscripción Anual hace referencia al período de cada año designado durante el cual sucede lo siguiente:

- a. Las personas pueden inscribirse en el Plan de Beneficios de Salud.
- b. Las personas que ya poseen cobertura pueden reemplazar la actual con diferentes Planes de Beneficios de Salud.

Período Especial de Inscripción hace referencia a un período de 60 días a partir de la fecha de una Situación Desencadenante durante el cual ocurre lo siguiente:

1. Las personas pueden inscribirse en los Planes de Beneficios de Salud estándar.
2. Las personas que ya tienen cobertura pueden reemplazar la actual con uno o varios Planes de Beneficios de Salud estándar diferentes.

Persona Cubierta hace referencia a la Persona Elegible que está asegurada por esta Póliza. A lo largo de esta Póliza, se hace referencia a la Persona Cubierta como “Usted”, “Su”, “Sus” y con la declinación verbal de la segunda persona.

Persona Elegible hace referencia a una persona Residente del Área de Servicio que no esté cubierta según lo establecido en la parte A o la parte B del título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) (título 42 del Código de los Estados Unidos, § 1395 y siguientes) (Medicare). Una Persona Elegible debe ser ciudadano de los EE. UU., tener nacionalidad estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos.

Plan de Beneficios de Salud hace referencia a una póliza por la que se brinda la cobertura para determinados servicios de cuidados de salud o beneficios. Algunos ejemplos incluyen pólizas de seguro individuales, grupales, globales o de franquicia; una póliza incluida dentro de una póliza grupal; un contrato grupal de servicio hospitalario o un contrato o prueba de cobertura de un suscriptor de grupo emitido por una organización para el mantenimiento de la salud (HMO en inglés). El término **no** contempla lo siguiente:

1. Seguro por discapacidad o únicamente por accidente, o una combinación de ambos
2. Cobertura expedida como suplemento de un seguro de responsabilidad civil
3. Seguro de responsabilidad civil, incluidos seguro de responsabilidad civil general y automotriz

DEFINICIONES

4. Seguro de accidentes laborales o similar
5. Cobertura de seguro automotriz para gastos médicos
6. Seguro de crédito solamente
7. Cobertura en consultorios en el lugar de trabajo
8. Otra cobertura que tenga las siguientes características:
 - a. Sea similar a la cobertura descrita por esta subdivisión por la que los beneficios para cuidados médicos sean secundarios o resultado de otros beneficios de salud.
 - b. Esté especificada en regulaciones federales.
9. Cobertura que proporcione beneficios dentales o de la vista limitados
10. Cobertura o beneficios de cuidados a largo plazo, de cuidados en residencias de ancianos, de Cuidados de Salud en el Hogar, de cuidados comunitarios o cualquier combinación de dichos beneficios o coberturas
11. Cobertura que proporcione otros beneficios limitados especificados por regulaciones federales
12. Cobertura para una enfermedad o trastorno específico
13. Resarcimiento hospitalario y otros seguros de resarcimientos fijos
14. Pólizas suplementarias de Medicare y de Medicare Select reguladas según la ley federal
15. Cobertura de seguro por discapacidad
16. Servicios de Medicare conforme a un contrato federal
17. Cobertura provista por una organización para el mantenimiento de la salud de servicio único
18. Fideicomisos administrados de forma conjunta autorizados por el título 29 del Código de los Estados Unidos, sección 141 y siguientes, que cumplan estos requisitos:
 - a. Contengan un plan de beneficios para empleados.
 - b. Se negocien en un contrato colectivo de trabajo que rija las condiciones salariales, laborales y horarias de los empleados.
 - c. Estén autorizados por el título 29 del Código de los Estados Unidos, sección 157.
19. Contratos de reaseguro expedidos para exceso de siniestralidad, cuota-parte o similares.
20. Contratos de corta duración para gastos médicos significativos

Preautorización hace referencia al proceso que determina por adelantado la Necesidad Médica o la naturaleza Experimental o En Investigación de ciertos cuidados y servicios en el marco de este Plan.

Prótesis hace referencia a los dispositivos artificiales, incluidos extremidades u ojos, aparatos, prótesis y elementos ortopédicos similares, que reemplazan en forma total o parcial un órgano ausente (incluido el tejido contiguo) o la función de un órgano que tiene incapacidad permanente para operar o que lo hace mal (excepto aparatos dentales y el reemplazo de lentes para cataratas). A los efectos de esta definición, no se considera Prótesis a las pelucas y postizos capilares.

DEFINICIONES

Proveedor de Equipo Médico Duradero se refiere a un Proveedor que ofrece suministros terapéuticos y equipo para rehabilitación, y que está acreditado por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias.

Proveedor de la Red hace referencia a un Hospital, Médico, Profesional de Salud Mental u Otro Proveedor que firmó un contrato con Oscar.

Proveedor de Prótesis y Órtesis hace referencia a un especialista protésico certificado que suministra prótesis y órtesis estándares y hechas a medida.

Proveedor de Terapia de Infusión en el Hogar hace referencia a una entidad debidamente certificada por la agencia estatal correspondiente para proporcionar Terapia de Infusión en el Hogar.

Proveedor Especialista hace referencia a un Médico o a Otro Proveedor Profesional que haya celebrado un contrato con Oscar para participar como Proveedor de servicios de especialidad (por lo general, prácticas distintas de la medicina general, medicina de familia, medicina interna, pediatría, obstetricia o ginecología).

Proveedor fuera de la Red hace referencia a un Hospital, Médico, Profesional de Salud Mental u Otro Proveedor que no tiene un contrato con Oscar (ni con otro Plan de Oscar participante). Por lo general, no hay beneficios disponibles para servicios prestados por Proveedores fuera de la Red.

Proveedor Hace referencia al Hospital, Médico, Profesional de Salud Mental, Otro Proveedor o cualquier otra persona, empresa o establecimiento que proporcione servicios o suministros catalogados como Gastos Elegibles a un Participante.

Prueba Neuropsicológica hace referencia a la administración de un conjunto amplio de pruebas para evaluar las fortalezas y debilidades emocionales, conductuales y neurocognitivas y su relación con el funcionamiento normal o anormal del sistema nervioso central.

Pruebas Neuroconductuales se refiere a una evaluación del historial de dificultades neurológicas y psiquiátricas, los síntomas actuales, el estado mental actual y el historial premórbido, lo que incluye la identificación de comportamientos problemáticos y las relaciones entre el comportamiento y las variables que lo controlan. Esto puede incluir entrevistas con el individuo, su familia y otras personas.

Pruebas Neurofisiológicas se refiere a la evaluación de las funciones del sistema nervioso.

DEFINICIONES

Pruebas Psicofisiológicas se refiere a la evaluación de las interrelaciones entre el sistema nervioso y otros órganos, y el comportamiento.

Reclamación es una solicitud de pago que Usted o Su Proveedor de cuidados de salud nos envía cuando Usted recibe suministros o servicios que considera cubiertos. Las Reclamaciones incluyen, por lo general, una prueba del siniestro o prueba de una reclamación, que incluye el formulario en el que se hace la reclamación, las facturas y los resúmenes de cuenta que muestren los servicios y los suministros (con sus respectivos cargos) que le fueron provistos a un Participante y los códigos correctos de diagnóstico y de procedimiento de dichos servicios y suministros.

Red hace referencia a los Médicos, Profesionales de Salud Mental, Otros Proveedores y Hospitales que firmaron un contrato con Oscar.

Rehabilitación Neurocognitiva hace referencia a los servicios diseñados para asistir a las personas con deterioro cognitivo a fin de ayudarlos a compensar sus deficiencias en ese ámbito mediante la reconstrucción de habilidades cognitivas y el desarrollo de estrategias y técnicas compensatorias.

Remediación hace referencia a los procesos de restablecimiento o mejora de una función en particular.

Residente hace referencia a una persona cuyo domicilio principal está dentro del Área de Servicio. Solicitaremos que la persona nos brinde pruebas de que su domicilio principal está dentro del Área de Servicio.

Sensibilidad Ambiental hace referencia al tratamiento de los síntomas de alergia de un paciente internado o ambulatorio con los siguientes métodos:

1. Control del ambiente
2. Esterilización del entorno, remoción de materiales tóxicos
3. Uso de técnicas alimentarias especiales no orgánicas y no repetitivas

Servicios Anticonceptivos Ambulatorios se refiere a la consulta, examen, procedimiento o servicio médico que se presta a pacientes ambulatorios y que se relaciona con el uso de medicamentos o dispositivos destinados a evitar el embarazo.

DEFINICIONES

Servicios de Fisiatría hace referencia a aquellos procedimientos, modalidades, pruebas y mediciones que se usan para evaluar y tratar a pacientes con discapacidades y deterioro físico o cognitivo a corto o a largo plazo que sean resultado de condiciones musculoesqueléticas, neurológicas o médicas de otra índole. Un Médico u Otro Proveedor Profesional provee el servicio o suministro que incluye, entre otros, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, compresas frías y calientes, piscina de hidromasaje, diatermia, estimulación eléctrica, masajes, manipulación, pruebas de fuerza o musculares y entrenamiento con prótesis y órtesis.

No hay límite de consultas para los Servicios de Fisiatría que estén relacionados con Lesiones Cerebrales Adquiridas o con el tratamiento del Autismo.

Oscar ofrece cobertura adicional para retrasos en el desarrollo infantil; si elige esta cobertura, los Servicios de Fisiatría estarán cubiertos en el monto, la duración, el alcance y el entorno de servicio establecidos en el plan de servicios familiares individualizado del niño.

Servicios de Reintegración a la Comunidad hace referencia a los servicios que facilitan la continuidad del cuidado mientras una persona afectada se reinserta en la comunidad.

Servicios de Transición Posteriores a Cuidados Agudos hace referencia a los servicios que facilitan la continuidad del cuidado después de la lesión neurológica inicial mediante la rehabilitación y la reintegración a la comunidad.

Servicios de Tratamiento de Día para Pacientes Ambulatorios hace referencia a los servicios estructurados que se prestan para tratar deficiencias en funciones fisiológicas, conductuales y cognitivas. Estos servicios se pueden prestar en instalaciones que incluyan entornos residenciales de transición, de integración a la comunidad o no residenciales.

Servicios de Tratamiento Posteriores a Cuidados Agudos hace referencia a servicios provistos después de una internación o tratamientos para cuidados agudos basados en la evaluación de deficiencias funcionales físicas, conductuales o cognitivas de la persona, lo que incluye un tratamiento con la meta de lograr cambios funcionales al reforzar, fortalecer o restablecer patrones de comportamiento que se hayan aprendido anteriormente, o establecer nuevos patrones de actividad cognitiva o mecanismos de compensación.

Servicios Nutricionales y Dietarios hace referencia a la educación, la asesoría o el tratamiento de un Participante (lo que incluye material impreso) con relación a los siguientes temas:

1. Alimentación
2. Regulación o control de la dieta
3. Evaluación o control de la nutrición

DEFINICIONES

Servicios Sociales Médicos hace referencia a los servicios sociales relacionados con el tratamiento de la condición médica del Participante. Estos servicios incluyen, entre otros, la evaluación de lo siguiente:

1. Factores sociales y emocionales relacionados con la enfermedad, la necesidad de cuidado, la respuesta al tratamiento y la adaptación a los cuidados del Participante
2. La relación entre los requisitos médicos y de enfermería del Participante y su situación habitacional, sus recursos financieros y los recursos comunitarios disponibles

Situación Desencadenante hace referencia a una situación que convierte a una persona en **elegible** para un Período Especial de Inscripción. Una Situación Desencadenante tiene lugar cuando sucede lo siguiente:

1. Una Persona Elegible o el Dependiente de una Persona Elegible pierde la elegibilidad para la cobertura esencial mínima, lo que incluye una pérdida de la cobertura de Medicaid (Título XIX de la Ley de Seguro Social [Social Security Act]) diferente de la cobertura que consiste únicamente en los beneficios establecidos en la sección 1928 de dicha ley (Título 42 de la sección 1396s del Código de los Estados Unidos) o por el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP en inglés) de Texas (Capítulo 62, Código de Seguridad y Salud).
2. La cobertura del hijo de un Dependiente termina en el momento en que este cumple los 26 años, sin importar si el Dependiente es elegible para continuar la cobertura según las leyes federales o estatales.
3. Un mercado de seguros efectúa la redeterminación del subsidio de una Persona Elegible, incluida la determinación de si una Persona Elegible es nuevamente elegible, o no, para recibir un subsidio.
4. Una Persona Elegible adquiere un Dependiente debido a un matrimonio, nacimiento, adopción, tenencia con fines de adopción, tenencia en régimen de acogida, orden de manutención de hijos u otra orden judicial.
5. Una Persona Elegible que tiene la cobertura de otro Plan de Beneficios de Salud se muda al Área de Servicio de Oscar y solicita el servicio de esta compañía en el lapso de los 60 días previos o posteriores a la mudanza.
6. El descubrimiento por parte del mercado de seguros de que se permitió o denegó por error la inscripción de una Persona Elegible en un plan de salud autorizado.
7. Una Persona Elegible que demuestra al mercado de seguros que el plan de salud autorizado (QHP en inglés) en el cual está inscrita incumplió de manera sustancial una disposición importante del contrato en relación con el afiliado.

Excepción: La pérdida de cobertura a causa de no haber pagado la prima, fraude o falsa declaración intencional de datos sustanciales no se considera una Situación Desencadenante.

DEFINICIONES

Telemedicina hace referencia a las interconsultas telefónicas entre un Proveedor contratado por Oscar para ofrecer servicios de telemedicina para Personas Cubiertas. La Telemedicina solo se refiere a las aplicaciones clínicas de la Telesalud.

Telesalud hace referencia al uso de información electrónica y tecnología de telecomunicación avanzada para proporcionar cuidados de salud, información de salud o educación en salud a distancia por un profesional de la salud certificado que se desempeñe en el marco de su certificación. La Telesalud facilita el acceso a los servicios de cuidados de salud o a la pericia en especialidades médicas.

Terapia Cognitiva para la Comunicación hace referencia a los servicios diseñados para tratar las modalidades de comprensión y de expresión, lo que incluye el entendimiento, la lectura y la expresión verbal de la información.

Terapia de Infusión en el Hogar hace referencia a la administración de fluidos, nutrientes o medicación (incluidos todos los aditivos y la quimioterapia) mediante infusión intravenosa o gastrointestinal (intestinal) o por inyección intravenosa en el hogar. La Terapia de Infusión en el Hogar puede incluir lo siguiente:

1. Medicamentos y soluciones intravenosas
2. Servicios de preparación y despacho de compuestos farmacéuticos
3. Todos los equipos y suministros adicionales necesarios para un tratamiento en particular
4. Servicios de entrega
5. Educación familiar y de pacientes
6. Servicios de enfermería

Los productos de venta libre que no requieren la receta de un Médico ni de Otro Proveedor Profesional, lo que incluye, entre otros, fórmulas nutricionales estándar que se usan para tratamientos de alimentación por sonda, no están incluidos en esta definición.

Terapia de Neuroretroalimentación hace referencia a los servicios que utilizan procedimientos de aprendizaje de condicionamiento instrumental basados en parámetros de electroencefalogramas (EEG en inglés) y que están diseñados para mejorar el rendimiento y el comportamiento mentales y estabilizar los estados de ánimo.

Terapia de Rehabilitación Cognitiva se refiere a los servicios diseñados como actividades terapéuticas cognitivas sobre la base de la evaluación y la comprensión de las carencias conductuales y cerebrales del paciente.

Terapia Neurocognitiva se refiere a los servicios diseñados para abordar las deficiencias neurológicas en el procesamiento de la información y para facilitar el desarrollo de habilidades

cognitivas de mayor nivel.

Trastorno del Espectro del Autismo es un **trastorno neurobiológico** que incluye al autismo o al trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo.

- Un “**trastorno neurobiológico**” es una enfermedad del sistema nervioso con causa genética, metabólica o debido a otros factores biológicos.

Tratamiento Neuroconductual hace referencia a las intervenciones que se enfocan en el comportamiento y las variables que lo controlan.

Tratamiento Neurofisiológico se refiere a las intervenciones que se enfocan en las funciones del sistema nervioso.

Tratamiento Neuropsicológico se refiere a las intervenciones diseñadas para mejorar o minimizar las deficiencias en los procesos cognitivos o conductuales.

Tratamiento Psicofisiológico se refiere a las intervenciones diseñadas para aliviar o disminuir las respuestas fisiológicas anormales del sistema nervioso a causa de factores emocionales o conductuales.

Unidad o Centro de Estabilización de Crisis hace referencia a un establecimiento que tiene la certificación y la acreditación apropiadas como Unidad o Centro de Estabilización de Crisis para prestar servicios de Cuidados de Salud Mental y para Enfermedades Mentales Graves a personas que presenten una crisis psiquiátrica aguda demostrable de gravedad media a alta.

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Disposiciones de las Organizaciones de Proveedores Exclusivos (EPO)

Red de Oscar

La Red correspondiente a esta Póliza es la Red de Oscar. Los miembros pueden acceder a listas actualizadas de los Proveedores de la Red y a otra información de la Red de Oscar en www.hioscar.com. Los directorios impresos están disponibles si se los solicita y no tienen cargo. Excepto en el caso de Emergencias Médicas, para recibir los beneficios de esta Póliza la Persona Cubierta debe recibir los servicios y suministros cubiertos de los Proveedores de la Red de Oscar. Por lo general, los servicios y suministros obtenidos de Proveedores que no son Proveedores de la Red de Oscar no se cubren. Proporcionaremos una lista actualizada de Proveedores de Oscar a pedido.

Proveedor de cuidados primarios (PCP)

En el marco de esta Póliza, una Persona Cubierta no tiene que seleccionar un PCP, pero se recomienda que lo haga. El proveedor de cuidados primarios (PCP en inglés) está disponible para supervisar y coordinar los cuidados de salud de la Persona Cubierta en la Red de Oscar. No necesita una Remisión médica de un PCP antes de recibir cuidados de un especialista.

Proveedores Especialistas

En la Red de Oscar, se incluye una amplia variedad de Proveedores Especialistas. Cuando necesita cuidado de un especialista, dispone de Beneficios dentro de la Red, pero solamente si asiste a un Proveedor de la Red.

Sin embargo, es posible que haya situaciones en las que necesite los servicios de un Proveedor fuera de la Red. Esto puede ocurrir si sufre un problema médico complejo que un Proveedor de la Red no puede atender. Si los servicios que necesita no están disponibles de Proveedores de la Red, se le proporcionarán Beneficios dentro de la Red cuando acuda a Proveedores fuera de la Red. En estos casos, comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono 1-855-Oscar-55 para recibir la Preautorización necesaria para los servicios fuera de la red.

Servicios de Emergencia

En el caso de una Emergencia, una Persona Cubierta puede asistir a un Proveedor de la Red de Oscar o a uno fuera de esta. Oscar le proporcionará beneficios por los Cuidados de Emergencia que recibió de un Proveedor fuera de la Red en la misma medida en que los hubiese proporcionado si dichos cuidados y tratamientos hubieran sido brindados por un Proveedor de la Red de Oscar. Sin embargo, los cuidados o tratamientos complementarios que brinde un Proveedor fuera de la Red se consideran Beneficios dentro de la Red solo si son tratamientos o cuidados apropiados y Necesarios por Razones Médicas proporcionados antes de que la Persona Cubierta pueda regresar al Área de Servicio de Oscar. Si una Persona Cubierta recibe cuidados y tratamientos por una emergencia por parte de un Proveedor fuera de la Red, esta debe notificarle a Oscar tan pronto como le sea posible.

Proveedores participantes

Para recibir los Beneficios dentro de la Red que se indican en el Programa de Beneficios, **debe** elegir Proveedores dentro de la Red para todo tipo de cuidados (**excepto para casos de emergencia**). La Red de Oscar consta de Médicos, Proveedores Especialistas, Hospitales y otros centros de cuidados de salud que funcionan como Participantes en toda el Área de Servicio de la Red. Consulte Su directorio de Proveedores o ingrese al sitio web de Oscar, www.hioscar.com, para hacer Sus selecciones. La lista de Proveedores participantes puede cambiar ocasionalmente, por lo que debe asegurarse de que los Proveedores que elija sigan formando parte de la Red cuando utilice sus servicios. Al menos una vez al año, se pondrá a disposición un directorio actualizado. También puede ingresar a Nuestro sitio web www.hioscar.com, para consultar la lista más actualizada a fin de encontrar un Proveedor.

Si elige un Proveedor de la Red, este le facturará a Oscar, y no a Usted, por los servicios prestados. El Proveedor acordó aceptar como pago total el menor de los siguientes:

1. Los cargos facturados
2. La Cantidad Autorizada, según lo determina Oscar
3. Otros montos determinados de manera contractual

Usted es responsable de pagar cualquier Deducible, Monto de Copago y Montos de Coseguro según lo establecido en el Programa de Beneficios. Es posible que deba pagar por servicios limitados o no cubiertos. No se necesitan formularios de Reclamación.

Proveedores fuera de la Red

Si elige consultar con un Proveedor fuera de la Red, y un Proveedor de la Red podría haber proporcionado los mismos servicios, no dispondrá de beneficios.

Sin embargo, Oscar pagará Beneficios dentro de la Red si el afiliado cumple con las siguientes condiciones:

- Se basa razonablemente en una declaración de que el Proveedor es un Proveedor de la Red según lo especificado en una publicación o un sitio web del Proveedor.
- Recibió la información de Oscar o en el sitio web de Oscar, o por medio de un sitio web de terceros al que Oscar haya designado para proporcionar dichos datos.
- Recibió la publicación o la información del sitio web menos de 30 días antes de la prestación de los servicios.
- La publicación o el sitio web indican que el Proveedor se encontraba en la Red de Oscar.

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Cuando realice una consulta con un Proveedor fuera de la Red para recibir servicios que no proporcionan los Proveedores de la Red, para Cuidados de Emergencia o en la situación de confianza razonable descrita anteriormente, haremos lo siguiente:

- Pagaremos el mínimo de la Reclamación al costo usual o acostumbrado del servicio, menos cualquier Monto de Coseguro, Monto de Copago o Deducible, que son responsabilidad del paciente en el marco de este plan.
- Pagaremos la Reclamación al nivel de los costos compartidos de beneficios preferidos.
- En el momento de emitir un pago, proporcione una explicación de los beneficios junto con la solicitud en la que Nos notifica si el Proveedor fuera de la Red le factura montos superiores a los que Nosotros pagamos.

En este caso, Usted no será responsable por ningún pago que exceda los montos de Copago, Deducible y Coseguro que Oscar hubiese pagado si Usted hubiera recibido los servicios de un Proveedor de la Red.

El reembolso por todos los Proveedores fuera de la Red de los servicios que se cubren con las excepciones mencionadas anteriormente se calcula de acuerdo con una metodología adecuada que tiene las siguientes características:

- Cuando se basa en cargos habituales, razonables o acostumbrados, se utilizan prácticas y estándares de la industria generalmente aceptados para determinar el cargo facturado de manera acostumbrada por un servicio que refleje de manera correcta y justa las tarifas del mercado, incluidas las diferencias geográficas en costos.
- Cuando se basa en los datos de Reclamaciones, se utiliza información suficiente como para constituir un ejemplo válido y estadísticamente representativo.
- Se actualiza, como mínimo, una vez por año.
- No utiliza datos que tengan más de tres años de antigüedad.
- Es coherente con una lógica y edición de combinaciones nacionalmente reconocidas y generalmente aceptadas.

Servicios sujetos a Preautorización

Se le requerirá Nuestra Preautorización antes de recibir determinados servicios cubiertos. Usted es responsable de solicitar una Preautorización para los servicios dentro de la red que están listados en el Programa de Beneficios y que requieren Preautorización.

Deberá llamar a Oscar a fin de obtener una autorización previa para recibir ciertos Beneficios dentro de la Red en materia de Cuidados de Salud Mental, Enfermedades Mentales Graves o tratamientos de Dependencia Química. Los servicios y suministros relacionados con estas condiciones deben ser provistos por Proveedores de la Red que hayan firmado un contrato con Oscar específicamente para proporcionar este tipo de servicios y suministros a fin de que se consideren Beneficios dentro de la Red.

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Si precisa recibir algún Servicio Cubierto que sea Necesario por Razones Médicas que ningún Proveedor de la Red pueda brindar y por el que le hayamos aprobado una remisión médica de un Proveedor de la Red, cubriremos el servicio como si lo realizara un Proveedor de la Red.

Beneficios farmacéuticos

Los beneficios para los Medicamentos Cubiertos se proporcionan tal como se explica en la sección **BENEFICIOS FARMACÉUTICOS** y según se indica en el Programa de Beneficios. El monto que deberá pagar según el Plan depende de lo siguiente:

- Si la Receta se despacha en una Farmacia Participante o a través del Programa de Pedidos por Correo
- Si la Receta se despacha mediante un Proveedor que tenga un contrato con Oscar
- Si se suministran Medicamentos Genéricos
- Si se suministra un Medicamento de Marca Preferida o No Preferida
- Si se suministran Especialidades Farmacéuticas

Administración de casos

En ciertas circunstancias, el Plan le otorga a Oscar la flexibilidad para ofrecer beneficios por gastos que, de otra forma, no serían Gastos Elegibles. Oscar, a su criterio, puede ofrecer tales beneficios si se cumplen las siguientes condiciones:

- El Participante, su familia y el Médico están de acuerdo.
- Los beneficios son rentables.
- Oscar prevé gastos futuros en Gastos Elegibles, los cuales pueden reducirse con dichos beneficios.

Cualquier decisión de Oscar acerca de proporcionar tales beneficios se realizará caso por caso. El coordinador de casos de Oscar iniciará la administración de casos cuando lo considere pertinente.

Necesidad por Razones Médicas

Todos los servicios y suministros por los cuales dispone de beneficios en el marco del Plan deben ser Necesarios por Razones Médicas, según lo determinado por Oscar. Los cargos por los servicios y suministros que Oscar determine que no son Necesarios por Razones Médicas no son elegibles para la consideración de beneficios y no se pueden usar para pagar Deducibles ni aplicar al monto de Límite de Gastos de Su Bolsillo.

Credencial

La Credencial les informa a los Proveedores que Usted tiene derecho a recibir los beneficios de Su Plan de Beneficios de Salud con Oscar. La Credencial ofrece una manera conveniente de proporcionar importante información específica de Su cobertura, por ejemplo, la siguiente:

- Su número de identificación de miembro. Este número de identificación único está precedido por un prefijo alfabético ("OSC") que identifica a Oscar como Su Proveedor.

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

- Todos los Montos de Costos Compartidos que pueden aplicarse a Su cobertura.
- Números de teléfono importantes.

Recuerde que siempre debe llevar consigo Su Credencial y presentarla ante los Proveedores o Farmacias Participantes cuando reciba servicios o suministros de cuidados de salud.

Recuerde que es posible que cada vez que se produzcan cambios en Su familia sea necesario emitir una Credencial nueva (consulte la sección **PERSONAS QUE RECIBEN LOS BENEFICIOS** para conocer las instrucciones relacionadas con estos cambios). Cuando se notifique el cambio, Oscar proporcionará una Credencial nueva.

PERSONAS QUE RECIBEN LOS BENEFICIOS

Usted, el Suscriptor a quién se le emite esta Póliza, está cubierto por ella. Debe vivir o residir en Nuestra Área de Servicio para que lo cubra esta Póliza. Si está inscrito en Medicare, no es elegible para adquirir esta Póliza. Los miembros de Su familia también pueden estar cubiertos dependiendo del tipo de cobertura que seleccionó.

Tipos de cobertura

Ofrecemos los siguientes tipos de cobertura:

- **Individual.** Si seleccionó la cobertura individual, Usted recibe cobertura.
- **Individual más cónyuge.** Si seleccionó la cobertura individual más cónyuge, Usted y su cónyuge reciben cobertura.
- **Individual más hijos.** Si seleccionó la cobertura individual más hijos, entonces ocurre lo siguiente:
 - Reciben cobertura Usted y sus Hijos Dependientes, tal como se los describe más abajo.
 - Reciben cobertura varios hijos que residan en el mismo sitio y que compartan el mismo tutor legal.
 - Reciben cobertura hijos sujetos a una orden de manutención válida que requiera la cobertura de beneficios de salud, sin importar si hay un adulto a quien se le proporcionará cobertura.
- **Familiar.** Si seleccionó la cobertura familiar, Usted, Su cónyuge y Sus Hijos Dependientes, tal como se los describe más abajo, reciben cobertura.
- **Solo para menores.** Si un hijo que tiene menos de 18 años necesita la cobertura, se lo puede inscribir en una póliza junto a un tercero responsable.
 - El tercero responsable debe tener 18 años o más, y no está cubierto por la póliza del hijo.
- **Catastrófica.** Si tiene menos de 30 años al inicio del año del Plan o califica debido a una exención por dificultad y seleccionó la cobertura Catastrófica, Usted recibe cobertura.

Personas cubiertas

- **Titular de la póliza:** Usted, en el caso de que sea una Persona Elegible.
- **Cónyuge:** Su cónyuge, si es una Persona Elegible. **Aclaración:** Un cónyuge no necesita ser Residente, pero debe ser ciudadano de los EE. UU., tener nacionalidad estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos.
- **Hijo:** Su hijo, si es una Persona Elegible y si califica como Dependiente, según lo definido en esta Póliza. **Aclaración:** Un hijo no necesita ser Residente, pero debe ser ciudadano de los EE. UU., tener nacionalidad estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos.

PERSONAS QUE RECIBEN LOS BENEFICIOS

- Si seleccionó la cobertura individual más hijos o la cobertura familiar, los hijos cubiertos en virtud de esta Póliza son Sus hijos naturales, los hijos adoptados legalmente, hijastros y aquellos que esté en trámite de adoptar sin importar si dependen financieramente o si viven con Usted, si son estudiantes o si tienen empleo. Un hijo adoptivo posible es elegible para la cobertura al igual que un hijo natural durante el período de espera previo a la finalización de la adopción del hijo. La cobertura dura hasta finalizar el mes en el que el hijo cumple 26 años.
- **Nietos:** Puede tener a Su nieto cubierto en esta Póliza siempre que dicho nieto (1) no esté casado, (2) sea menor de 26 años y (3) dependa de Usted con fines relativos al impuesto federal sobre la renta en el momento en que se realiza la solicitud de la cobertura.
- **Hijos con discapacidad o deficiencia:** Es posible que tenga un hijo con deficiencia mental o física, o con una discapacidad del desarrollo que sea incapaz de ganarse la vida por sus propios medios. Sujeto a todos los términos de esta sección y de la Póliza, un hijo con dichas características puede continuar siendo elegible para recibir los beneficios de salud del Dependiente aun después de haber cumplido 26 años, edad límite que se establece en esta Póliza para Dependientes elegibles.
 - Su hijo continuará siendo elegible siempre y cuando siga siendo incapaz de ganarse la vida por sus propios medios y si se cumplen los siguientes requisitos: (1) la condición comenzó antes de que el hijo cumpliera 26 años; (2) el hijo contó con cobertura en virtud de esta o de otra póliza antes de cumplir 26 años y tal cobertura se mantuvo sin interrupciones después de cumplir dicha edad; y (3) el hijo depende de Usted para la mayor parte de su manutención y alimentos.
 - Sin embargo, para que el Hijo siga siendo elegible, Usted debe enviar a Oscar y al intercambio de seguros prueba escrita de que este está incapacitado o presenta discapacidad del desarrollo y depende de Usted para gran parte de su cuidado y manutención. Tiene 31 días a partir de la fecha en la que el hijo cumpla la edad límite para continuar con la cobertura. Es posible que le solicitemos pruebas periódicas de que la condición del hijo persiste. Sin embargo, después de dos años, no podremos solicitarle pruebas con una frecuencia inferior a un año.
- La cobertura del hijo finaliza cuando termina Su cobertura.

A fin de obtener y conservar una cobertura de cuidados de salud con Nosotros, la Persona Cubierta —que no tenga cobertura como cónyuge Dependiente ni como hijo Dependiente— debe ser Residente y ciudadano de los EE. UU., tener nacionalidad estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Nos reservamos el derecho de solicitar prueba de que dicha Persona Cubierta es Residente y ciudadano de los EE. UU., tiene nacionalidad estadounidense o está legalmente presente en los Estados Unidos.

Inscripción

Períodos abiertos de inscripción anual

Por medio del intercambio de seguros, puede solicitar o cambiar la cobertura en un plan de salud autorizado para Usted o para Sus Dependientes elegibles durante el período abierto de inscripción anual designado por el intercambio de seguros. Cuando se afilia durante el período abierto de inscripción anual, la Fecha de Entrada en Vigor para Usted o Sus Dependientes elegibles será el 1 de enero siguiente, a menos que el intercambio de seguros lo disponga de otra forma, según corresponda.

Períodos especiales de inscripción

Los Períodos Especiales de Inscripción son períodos fuera de la inscripción abierta durante los cuales puede solicitar o cambiar la cobertura en un plan de salud autorizado para Usted o para Sus Dependientes elegibles mediante el intercambio de seguros. Debe postularse para la cobertura o solicitar un cambio dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la Situación Desencadenante de la inscripción especial para calificar para los cambios.

Agregado de Dependientes a esta Póliza

- **Cónyuge.** Puede solicitar agregar a Su cónyuge; para eso, deberá notificar a Oscar y al intercambio de seguros por escrito. Si realiza y presenta la solicitud a Oscar en el lapso de los 60 días posteriores a contraer matrimonio o de haber constituido una pareja doméstica, el cónyuge estará cubierto a partir del primer día del mes posterior a la fecha en que recibimos la solicitud.
 - Si no presenta una solicitud en el lapso de los 60 días posteriores a la fecha en que Su Cónyuge se convierte en elegible, puede solicitar agregar la cobertura para Su Cónyuge durante un Período Abierto de Inscripción Anual o durante un Período Especial de Inscripción aplicable.
- **Recién nacidos.** Oscar proporciona de manera automática la cobertura para Su hijo recién nacido durante los primeros 31 días después de la fecha de nacimiento. Esta cobertura finaliza a los 31 días, a menos que agregue al recién nacido como Dependiente a Su Plan. Para que la cobertura continúe después de los 31 días, debe hacer lo siguiente:
 - a. Notificarnos el nacimiento del bebé.
 - b. Pagar la prima adicional requerida para la cobertura del hijo Dependiente en el lapso de los 31 días posteriores a la fecha de nacimiento.
 - Si no se proporciona ningún aviso y la prima no se paga durante dicho período de 31 días, la cobertura del recién nacido terminará. Puede solicitar la cobertura para el hijo durante un Período Abierto de Inscripción Anual o durante un Período Especial de Inscripción aplicable.

PERSONAS QUE RECIBEN LOS BENEFICIOS

- **Hijo Dependiente.** Si desea agregar cobertura para un Hijo adoptivo o una persona en régimen de acogida y presenta una solicitud a Oscar y al intercambio de seguros dentro de los 60 días a partir de la fecha de tenencia con fines de adopción o tenencia en régimen de acogida, el Hijo adoptivo o la persona en régimen de acogida tendrá cobertura a partir de la fecha de tenencia con fines de adopción o tenencia en régimen de acogida.
 - Si no envía una solicitud en el lapso de los 60 días posteriores a la tenencia con fines de adopción o en régimen de acogida, puede solicitar agregar la cobertura para Su hijo adoptivo o persona en régimen de acogida durante un Período Abierto de Inscripción Anual o durante un Período Especial de Inscripción aplicable.
 - Si desea agregar cobertura para un Hijo que no sea recién nacido, adoptado o una persona que esté en régimen de acogida y presenta una solicitud a Oscar y al intercambio de seguros dentro de los 60 días a partir de la fecha en que dicha persona es elegible, esta tendrá cobertura a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que recibamos la solicitud. Si no presenta una solicitud en el lapso de los 60 días posteriores a la fecha en que Su hijo se convierte en elegible, puede solicitar agregar la cobertura para Su hijo durante un Período Abierto de Inscripción Anual o durante un Período Especial de Inscripción aplicable.
 - La cobertura para Dependientes otorgada por una orden judicial, incluida una orden de manutención de hijos o una orden de manutención médica, entrará en vigor el primer día de la emisión de la orden judicial, a menos que elija postergar la cobertura hasta el primer día del mes posterior a la expedición de la orden judicial.

Tenga en cuenta lo siguiente: El hijo de Su hijo Dependiente, por ejemplo, un nieto, no está cubierto por esta Póliza, a menos que sea elegible para obtener cobertura como Su Dependiente, según se definió más arriba.

Cambios en la familia

Notifique inmediatamente a Oscar y al Intercambio de Seguros si se produce un nacimiento en su familia, o bien, siga las instrucciones a continuación cuando se produzcan, por ejemplo, los siguientes sucesos:

- Si agrega un Dependiente debido a matrimonio, adopción o situación en que el Hijo está involucrado en una demanda por la cual pretende su adopción, Usted debe comunicarse con el Intercambio de Seguros.
- Cuando ocurre un divorcio, un hijo contrae matrimonio o cumple la edad indicada en la definición de Dependiente, o un Participante miembro de su familia fallece, la cobertura según este Plan termina de acuerdo con la **Terminación de la cobertura**.
 - En caso de fallecimiento del asegurado, su cónyuge, si estaba cubierto por la póliza, se convierte en el asegurado.

PERSONAS QUE RECIBEN LOS BENEFICIOS

- Si una persona pierde la cobertura debido a un cambio en el estado civil, Oscar expedirá una póliza con la cobertura que más se aproxime a la de la póliza que estaba en vigor antes del cambio en el estado civil. Dicha póliza se expedirá sin pruebas de asegurabilidad y tendrá la misma Fecha de Entrada en Vigor que la póliza anterior.

Notifique inmediatamente a Oscar y al intercambio de seguros si se produce alguno de estos sucesos. No hay beneficios disponibles para los gastos contraídos después de la terminación. Si la cobertura de Su Dependiente se termina, no se realizarán reembolsos de la prima por ningún período anterior a la fecha de aviso. Si los beneficios se pagan antes del aviso a Oscar, se solicitará el reembolso.

Terminación de la cobertura

Privilegio de renovación: Terminación

Todos los períodos de seguro de conformidad con el presente comenzarán y terminarán a las 12:01 a.m., hora estándar del centro.

Usted puede renovar esta Póliza por el plazo de un (1) año, en la primera y cada Fecha de Renovación subsiguiente. Todas las renovaciones están sujetas al pago de las primas adeudadas en ese momento.

Tenemos el derecho de no renovar esta Póliza en la Fecha de Renovación después de notificarlo por escrito, por las siguientes razones:

1. Sujeto a un aviso por escrito con 180 días de anticipación, dejamos de operar en el mercado de beneficios de salud individual.
2. Sujeto a un aviso por escrito con 90 días de anticipación, dejamos de ofrecer y no renovamos un tipo particular de Plan de Beneficios de Salud en el mercado individual, siempre y cuando actuemos de manera uniforme sin relación con ningún Factor Relacionado con el Estado de Salud de las Personas Cubiertas o personas que puedan ser elegibles para cobertura.

En el caso de que suspendamos Su Plan, tendrá derecho a adquirir cualquier otro seguro individual de Hospital, médico o quirúrgico que ofrezcamos en el momento de la interrupción. En caso de que nos rehusemos a renovar todos los planes, notificaremos al comisionado dentro de un plazo de 180 días antes de que la cobertura en virtud del primer Plan termine y notificaremos a cada Persona Cubierta afectada dentro de un plazo de 180 días antes de la fecha en que la cobertura termine para la persona.

Incumplimiento del pago de primas durante el período de gracia o al finalizar dicho período: Si cualquier prima no se paga al finalizar el Período de Gracia, la Póliza finalizará como se describe en la disposición Período de Gracia.

PERSONAS QUE RECIBEN LOS BENEFICIOS

Terminación por pedido: si desea finalizar esta Póliza, puede escribirnos por adelantado para solicitar que la Póliza se termine al finalizar cualquier período por el cual se hayan pagado las primas. En ese caso la Póliza terminará el último día del mes solicitado.

Esta Póliza se renovará automáticamente cada año en la Fecha de Renovación, salvo que la cobertura se termine en la Fecha de Renovación o antes debido a una de las siguientes circunstancias:

1. Usted no pagó las primas de conformidad con los términos de la Póliza, o Nosotros no recibimos los pagos de las primas oportunamente; (la Cobertura finalizará tal como se describe en la disposición Período de Gracia).
2. Usted realizó un acto o una práctica que constituye fraude o realizó una falsa declaración de datos sustanciales bajo los términos de la Póliza; (la cobertura finalizará a partir de la Fecha de Entrada en Vigor).
3. Con respecto a un plan para casos catastróficos, la fecha de una redeterminación del mercado de seguros de exención de elegibilidad que encuentra que la Persona Cubierta ya no es elegible para una exención, o hasta el final del año del plan en el que la Persona Cubierta alcanza los 30 años, lo que ocurra primero.

Terminación de la cobertura de Dependientes

Si no paga el costo de la cobertura de Dependientes, esta finalizará el último día del período por el cual hizo los pagos requeridos, salvo que la cobertura finalice antes por otras razones.

Una cobertura de Dependientes finaliza cuando el Dependiente deja de serlo, según se define en la Póliza. La cobertura termina al finalizar el mes en el que esto sucede. Si aceptamos una prima por una cobertura que se extiende más allá de la fecha, de la edad o del suceso especificado para la terminación para un familiar asegurado, entonces la cobertura de dicha persona continuará durante el período para el cual se aceptó una prima identificable, excepto cuando tal aceptación se base en una declaración falsa de la edad.

Además, la cobertura de Dependientes finaliza cuando finaliza Su cobertura.

PERSONAS QUE RECIBEN LOS BENEFICIOS

Restablecimiento

Si Nosotros aceptamos el pago de la prima después de finalizar el período de gracia sin exigir una solicitud de restablecimiento, tal aceptación de la prima restablece la Póliza. Sin embargo, si Nosotros o uno de Nuestros agentes debidamente autorizados exigimos una solicitud de reconstitución y expedimos un recibo condicional por la prima pagada, la Póliza se reconstituirá en el momento de Nuestra aprobación de la solicitud o, a falta de tal aprobación, se reconstituirá cuarenta y cinco días después de la fecha del recibo condicional, salvo que le hayamos notificado previamente de Nuestra desaprobación de la solicitud de reconstitución. La Póliza reconstituida cubrirá solamente siniestros que deriven de lesiones o enfermedades que comiencen más de 10 días después de la fecha de reconstitución. En todos los demás aspectos, Nosotros y la Persona Cubierta tendremos los mismos derechos en virtud de la póliza reconstituida como los que teníamos en virtud de la póliza inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la prima incumplida, sujeto a cualquier disposición aprobada en la Póliza o adjuntada a esta en relación con la reconstitución.

Disposiciones adicionales

Si un Miembro recibe beneficios de embarazo en el momento de la terminación, los beneficios con relación al embarazo se extenderán como si la Póliza estuviese vigente.

La terminación de la Póliza por Nosotros será sin perjuicio de cualquier siniestro continuo que haya comenzado mientras la póliza estaba en vigencia. Sin embargo, la extensión de beneficios más allá del período de vigencia de la Póliza se puede basar en Su discapacidad total continua, limitada a la duración del período de beneficios de la póliza, al pago de los beneficios máximos, o a un período de no menos de tres meses.

Pago de primas: Período de gracia

El siguiente párrafo es válido solo para las Personas Cubiertas que **no** reciben el crédito fiscal anticipado y para las Personas Cubiertas que sí lo reciben, pero que omitieron el pago de, al menos, una prima de un mes completo durante el Año Calendario.

Usted debe pagar las primas a Oscar, las cuales vencen en cada fecha de vencimiento de la prima. Puede pagar cada prima distinta de la primera en el lapso de los 31 días posteriores a la fecha de vencimiento de la prima. Dicho lapso se denomina “período de gracia”, y la póliza está en vigor durante dicho período. Es responsable de pagar las primas a Oscar a partir del primer día en que la Póliza entra en vigor a fin de que esta Póliza pueda considerarse vigente sobre la base del pago de las primas. Es responsable del pago de la prima por el tiempo en que la Póliza esté en vigor. Si alguna prima no se paga antes de que finalice el período de gracia, la cobertura se terminará a partir de la finalización del período por el cual se pagó una prima. Es posible que deba pagar los cargos contraídos por los servicios o suministros que se recibieron durante el período de gracia.

PERSONAS QUE RECIBEN LOS BENEFICIOS

El siguiente párrafo es válido solo para las Personas Cubiertas que **reciben** el crédito fiscal anticipado que pagaron, al menos, la prima de un mes completo durante el Año Calendario.

Usted debe pagar las primas a Oscar, las cuales vencen en cada fecha de vencimiento de la prima. A pesar de que cada prima tiene una fecha de vencimiento, existe un período de gracia para cada prima que no sea la primera que se aplica durante 3 meses consecutivos a partir de la fecha de vencimiento de la prima. Pagaremos todas las Reclamaciones pertinentes de servicios y suministros recibidos durante el primer mes del período de gracia. Si no paga la prima en la fecha de su vencimiento, le enviaremos un aviso. Si no paga la prima dentro de los 30 días posteriores a la fecha del aviso, la terminación de la Póliza se aplicará desde el último día del primer mes del período de gracia. Si la cobertura termina, Usted será responsable por cualquier reclamación incurrida durante el segundo y el tercer mes del período de gracia. Si pagamos las reclamaciones durante el segundo y el tercer mes del período de gracia y posteriormente termina la cobertura, recuperaremos el pago del Proveedor. Usted será responsable del pago de la prima durante el tiempo en que la cobertura esté en vigor. Notificaremos al Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos, HHS) de los EE. UU. que Usted no pagó la prima requerida antes de la fecha de vencimiento.

GASTOS ELEGIBLES, OBLIGACIONES DE PAGO Y BENEFICIOS

Gastos elegibles

El Plan brinda cobertura para muchas categorías de gastos elegibles, incluidos los siguientes:

- Gastos de Internación en Hospital
- Gastos Médico-Quirúrgicos
- Gastos de Cuidados Extendidos
- Gastos de Cuidados preventivos
- Gastos de medicamentos recetados

Sus beneficios se calculan sobre la base de un período de beneficios de un Año Calendario, a menos que se establezca lo contrario. Al finalizar un Año Calendario, comienza un nuevo período de beneficios para cada Participante.

Cantidad autorizada

La Cantidad Autorizada es el monto máximo de beneficios que Oscar paga por los gastos elegibles que Usted contraiga en el marco del Plan. Oscar establece una Cantidad Autorizada por los servicios, suministros y procedimientos Necesarios por Razones Médicas que hayan sido proporcionados por Proveedores que tengan un contrato con Oscar. Usted es responsable por los cargos por servicios, suministros o procedimientos limitados o no cubiertos por el Plan, así como por Deducibles y cualesquiera Montos de Coseguro y Montos de Copago aplicables.

Consulte la definición de “Cantidad Autorizada” en la sección **DEFINICIONES** de esta Póliza para comprender las pautas que utiliza Oscar.

Deducibles

A menos que se establezca lo contrario, debe pagar la Cantidad Autorizada por los Servicios Cubiertos durante cada Año Calendario antes de que este Plan proporcione pagos.

Si Su cobertura no es individual, el Deducible individual se aplica a cada persona con cobertura en virtud de esta Póliza. Una vez que una persona en una familia alcanza el Deducible individual, no se requieren más Deducibles por dicha persona durante ese año del Plan. Sin embargo, una vez que los pagos de Deducibles por las personas cubiertas en virtud de esta Póliza suman colectivamente el monto del Deducible familiar establecido en el Programa de Beneficios en un año del Plan, no se requieren más Deducibles por ninguna persona que tenga la cobertura de esta Póliza durante ese año del Plan.

El Deducible rige desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de cada Año Calendario.

Montos de copago

Ciertos cuidados y tratamiento que reciba en virtud del Plan requerirán que se abone un Monto de Copago en el momento en que recibe los servicios. Consulte el Programa de Beneficios para conocer la información de Su Plan específico. En el Programa de Beneficios, se indica cómo se calcula el Monto de Copago. Puede ser por consulta, por día, por servicio o por cualquier combinación de estas opciones.

Montos de coseguro

Ciertos cuidados y tratamientos que reciba en virtud del Plan requerirán que se abone un Monto de Coseguro en el momento en que recibe los servicios. Consulte el Programa de Beneficios para conocer la información de Su Plan específico.

A menos que se establezca lo contrario, una vez que haya pagado el monto detallado arriba del Deducible, debe pagar un porcentaje de la Cantidad Autorizada por los servicios cubiertos. Pagaremos el porcentaje restante de la Cantidad Autorizada de Su beneficio tal como se muestra en el Programa de Beneficios.

Límite de gastos de su bolsillo

La mayoría de Sus obligaciones de pago de gastos elegibles, incluidos los Deducibles, Montos de Copago y Montos de Coseguro, se aplican al Límite de Gastos de Su Bolsillo.

El Límite de Gastos de Su Bolsillo **no** incluye lo siguiente:

- Los costos compartidos por servicios fuera de la red, excepto los servicios de emergencia
- Servicios, suministros o cargos limitados o excluidos por el Plan
- Gastos que no se cubrieron debido a que se alcanzó el límite de beneficios
- Cualquier Gasto Elegible pagado por el Plan Primario cuando Oscar es el Plan Secundario a los efectos de la coordinación de beneficios
- Multas aplicadas debido a la falta de preautorización

Monto límite de gastos de bolsillo individual

Cuando el monto Límite de Gastos de Bolsillo para un Participante durante un Año Calendario es igual al "Límite de Gastos de Bolsillo Individual" que se indica en el Programa de Beneficios para dicho nivel, Oscar proporciona una cobertura del 100% de la Cantidad Autorizada para los servicios cubiertos por el resto del Año Calendario.

Monto límite de gastos de bolsillo familiar

Cuando el monto Límite de Gastos de Bolsillo para todos los Participantes en Su cobertura durante un Año Calendario es igual al "Límite de Gastos de Bolsillo Familiar" que se indica en el Programa de Beneficios para dicho nivel, Oscar proporciona una cobertura del 100% de la Cantidad Autorizada para los servicios cubiertos por el resto del Año Calendario. No se requerirá que ningún Participante aporte más que el monto Límite de Gastos de Bolsillo Individual al Límite de Gastos de Bolsillo Familiar.

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

Cobertura para internación en hospital

El Plan proporciona cobertura para Gastos de Internación en Hospital para Usted y sus Dependientes elegibles. Es necesaria una Preautorización para cada Admisión Hospitalaria. Consulte la sección **PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN** de esta Póliza para obtener información adicional.

Proporcionaremos beneficios para los Gastos de Internación en Hospital cubiertos hasta la Cantidad Autorizada, menos cualquier Deducible, Monto de Copago o Monto de Coseguro que pueda adeudar.

Los Deducibles, Montos de Copago y Montos de Coseguro deben pagarse directamente a Su Médico de la Red o a otro Proveedor de la Red.

Los servicios y suministros proporcionados por un Proveedor fuera de la Red recibirán Beneficios dentro de la Red cuando no puedan obtenerse de un Proveedor de la Red en el caso de que Oscar tenga conocimiento de su consulta con un Proveedor fuera de la Red **antes** de que la realice. De lo contrario, no se pagarán beneficios, y la Reclamación tendrá que volverse a presentar para su revisión y ajuste, si corresponde. Consulte la sección **CÓMO FUNCIONA EL PLAN** de esta Póliza para obtener más información.

Consulte el Programa de Beneficios para obtener información sobre Deducibles, porcentajes de Coseguro y multas por no haber solicitado preautorización que se apliquen a Su cobertura.

Cobertura médico-quirúrgica

El Plan proporciona cobertura para Gastos Médico-Quirúrgicos para Usted y sus Dependientes cubiertos. Algunos servicios requieren Preautorización. Consulte la sección **PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN** de esta Póliza para obtener más información.

Proporcionaremos beneficios para los Gastos Médico-Quirúrgicos cubiertos hasta la Cantidad Autorizada, menos cualquier Deducible, Monto de Copago o Monto de Coseguro que pueda adeudar. Los Deducibles, Montos de Copago y Montos de Coseguro deben pagarse directamente a Su Médico de la Red o a otro Proveedor de la Red.

La Cobertura Médico-Quirúrgica incluye lo siguiente:

1. Servicios de Médicos y de Otros Proveedores Profesionales.
2. Servicios de consulta a un Médico y a Otros Proveedores Profesionales.
3. Servicios de enfermero anestesista certificado (CRNA en inglés).
4. Procedimientos de análisis de laboratorio y de rayos X de diagnóstico.

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

5. Terapia de radiación.
6. Fórmulas dietarias necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU en inglés) o de otras enfermedades hereditarias.
7. Fórmulas elementales a base de aminoácidos, sin importar el método de entrega de la fórmula, usadas para el diagnóstico y el tratamiento de lo siguiente:
 - a. Alergias mediadas por inmunoglobulina E y no mediadas por ella a varias proteínas alimentarias.
 - b. Síndromes graves de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias.
 - c. Trastornos eosinofílicos comprobados por los resultados de una biopsia.
 - d. Trastornos que afectan la superficie de absorción, la longitud funcional y la motilidad del tubo digestivo.
 - Se requiere una Receta del Profesional de la Salud.
8. El alquiler de Equipo Médico Duradero (DME en inglés) necesario para uso terapéutico, a menos que Oscar requiera la compra de dicho equipo (no se cubre el reemplazo ni la reparación del DME). El DME no incluye lo siguiente:
 - a. Equipo diseñado principalmente para aliviar el dolor o para brindarle comodidad al paciente.
 - b. Terapia con cama fluidificada por aire en el hogar.
 - Entre los equipos no cubiertos, se incluyen acondicionadores de aire, purificadores de aire, humidificadores, equipos para actividad física y equipos para hidromasaje.
9. Servicios de ambulancia terrestre o aérea local profesional al Hospital más próximo con los equipos y el personal adecuados para tratar la condición del Participante.
10. Anestesia y su administración cuando la suministra una persona distinta del Médico cirujano u Otro Proveedor Profesional.
11. Oxígeno y su administración, si se utiliza realmente.
12. Sangre, incluido el costo de esta y del plasma y expansores de plasma, cuando ni el Participante ni alguien en su nombre los reemplaza.
13. Prótesis, incluidos los reemplazos que se necesitan debido al crecimiento del Participante hasta su madurez.
14. Aparatos ortopédicos (es decir, accesorios ortopédicos usados para soportar, alinear o sostener partes del cuerpo en una posición correcta) y muletas, incluidos aparatos rígidos para la espalda, las piernas o el cuello; yesos para el tratamiento de cualquier parte de las piernas, brazos, hombros, caderas o espalda; corsés quirúrgicos especiales y para la espalda; vendajes, vendas, bragueros y férulas indicados o aplicados por el Médico y diseñados especialmente para asistir la función de una articulación.
15. Terapia de Infusión en el Hogar.
16. Servicios o suministros que el Participante recibe durante una consulta ambulatoria a un Hospital, Centro Terapéutico o Centro de Tratamiento de Dependencia Química, o servicios programados en la sala de tratamiento ambulatorio de un Hospital.

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

17. Determinados Procedimientos de Diagnóstico, por ejemplo:
 - a. Gammagrafía ósea
 - b. Prueba de esfuerzo cardíaco
 - c. Tomografía computada (CT en inglés) (con contraste o sin él)
 - d. Resonancia magnética nuclear (MRI en inglés)
 - e. Mielograma
 - f. Tomografías por emisión de positrones (PET en inglés)
18. Servicios Anticonceptivos Ambulatorios, dispositivos y medicamentos anticonceptivos recetados. NOTA: Los medicamentos anticonceptivos recetados se encuentran cubiertos según la sección **BENEFICIOS FARMACÉUTICOS** de Su Plan.
19. Cuidado de los pies relacionado con diabetes, trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, vasculopatía periférica, neuropatía periférica o insuficiencia venosa o arterial crónica.
20. Medicamentos inyectables administrados bajo la dirección o la supervisión de un Médico u Otro Proveedor Profesional.

Cobertura por cuidados extendidos

El Plan también proporciona beneficios para Servicios de Cuidados Extendidos para Usted y Sus Dependientes cubiertos. Todos los Servicios de Cuidados Extendidos requieren Preautorización. Consulte la sección **PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN** de esta Póliza para obtener más información.

La obligación de beneficios de Oscar, tal como se detalla en el Programa de Beneficios, asciende al monto de los límites de beneficios combinados que se indican para cada categoría de Gastos por Cuidados Extendidos en el Programa de Beneficios.

Todos los servicios que se consideren parte de la Cobertura de Cuidados Extendidos se toman en cuenta para los límites de beneficios.

El Deducible se aplicará de acuerdo con el Programa de Beneficios. No se aplicará ningún Gasto de Cuidados Extendidos impago a ningún monto Límite de Gastos de Su Bolsillo.

Cualquier cargo contraído en concepto de Cuidados de Salud en el Hogar o de Cuidados Paliativos en el hogar por medicamentos (incluido el tratamiento antibiótico) y por servicios de laboratorio no se considera Gasto por Cuidados Extendidos, sino Gasto Médico-Quirúrgico.

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

A continuación, se incluyen los servicios y suministros que se consideran Gastos por Cuidados Extendidos.

1. En Centros de Enfermería Especializada:
 - a. Todos los cuidados de enfermería habituales que proporcione un enfermero (R. N.), un profesional en enfermería superior (A. P. N.) o un auxiliar de enfermería (L. V. N.)
 - b. Habitación, comidas y todos los servicios, suministros y equipos de rutina proporcionados por el Centro de Enfermería Especializada
 - c. Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, del lenguaje y respiratoria prestados por terapeutas certificados
2. Para Cuidados de Salud en el Hogar:
 - a. Cuidados de enfermería a tiempo parcial o intermitentes que proporcione un enfermero (R. N.), un profesional en enfermería superior (A. P. N.) o un auxiliar de enfermería (L. V. N.)
 - b. Servicios auxiliares de cuidados de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitentes que consisten, principalmente, en el cuidado del paciente
 - c. Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, del lenguaje y respiratoria prestados por terapeutas certificados
 - d. Suministros y equipos proporcionados habitualmente por una Agencia de Cuidados de Salud en el Hogar
 - **No** se proporcionan beneficios por Cuidados de Salud en el Hogar para lo siguiente:
 - Envío de alimentos a domicilio
 - Servicios domésticos o de trabajo social de casos
 - Servicios proporcionados, principalmente, para fines de Cuidado Supervisado
 - Servicios de transporte
 - Equipo médico duradero
3. Para Cuidados Paliativos:
 - a. Para Cuidados Paliativos en el Hogar:
 - i. Cuidados de enfermería a tiempo parcial o intermitentes que proporcione un enfermero (R. N.), un profesional en enfermería superior (A. P. N.) o un auxiliar de enfermería (L. V. N.)
 - ii. Servicios auxiliares de cuidados de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitentes que consisten, principalmente, en el cuidado del paciente
 - iii. Servicios de fisioterapia, terapia del lenguaje y respiratoria prestados por terapeutas certificados
 - iv. Servicios domésticos y de asesoramiento proporcionados habitualmente por la agencia de Cuidados Paliativos, incluido el servicio de asistencia psicológica por luto

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

- b. Para el Cuidado en Centros de Cuidados Paliativos:
 - i. Todos los cuidados de enfermería habituales que proporcione un enfermero (R. N.), un profesional en enfermería superior (A. P. N.) o un auxiliar de enfermería (L. V. N.)
 - ii. Habitación, comidas y todos los servicios, suministros y equipos de rutina proporcionados por el Centro de Cuidados Paliativos
 - iii. Servicios de fisioterapia, terapia del lenguaje y respiratoria prestados por terapeutas certificados

Maternidad y cuidados del recién nacido

Los beneficios que se incluyen en esta subsección se determinan, generalmente, sobre la misma base que la cobertura para internación en hospital, la cobertura médico-quirúrgica y la cobertura de cuidados extendidos, excepto lo descrito en cada parte. Los beneficios para los servicios Necesarios por Razones Médicas se determinan de acuerdo con lo indicado en el Programa de Beneficios. Recuerde que determinados servicios requieren una Preautorización y que también se aplica cualquier Monto de Copago, de Coseguro o Deducible incluido en el Programa de Beneficios.

Beneficios para el tratamiento de las complicaciones durante el embarazo

Los beneficios relativos a los Gastos Elegibles contraídos para el tratamiento de las Complicaciones durante el Embarazo se determinan del mismo modo que el tratamiento de cualquier otra enfermedad.

Beneficios para cuidados de maternidad

Las Participantes son elegibles para la cobertura de Cuidados de Maternidad. Los beneficios relativos a los Gastos Elegibles contraídos para Cuidados de Maternidad se determinan del mismo modo que el tratamiento de cualquier otra enfermedad. Los hijos Dependientes son elegibles para los beneficios de Cuidados de Maternidad.

Los Cuidados de Maternidad están sujetos a un Copago único por atención en consultorio. Para los Planes Oscar que requieran Copago, el Monto de Copago se debe abonar para la atención inicial en consultorio para Cuidados de Maternidad, pero no se exigirá en las visitas siguientes.

Los servicios y suministros utilizados por una Participante para el parto deben considerarse Cuidados de Maternidad y están sujetos a todas las disposiciones que establece el Plan.

El Plan cubre los cuidados para pacientes internados para la madre y su Hijo recién nacido en un centro de cuidados de salud durante los siguientes lapsos mínimos:

- Las 48 horas posteriores a un parto natural sin complicaciones
- Las 96 horas posteriores a un parto por cesárea sin complicaciones

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

Si la madre o su Hijo son dados de alta antes de que se cumplan las horas mínimas de cobertura, el Plan proporciona cobertura para [Cuidados Posparto](#) para la madre y el recién nacido. Los [Cuidados Posparto](#) pueden proporcionarse en el hogar de la madre, en el consultorio de un Proveedor de cuidados de salud o en un centro de cuidados de salud. [Cuidados Posparto](#) hace referencia a los servicios de cuidados de salud posparto proporcionados de acuerdo con las evaluaciones físicas maternas y neonatales aceptadas. El término incluye lo siguiente:

- Educación de los padres
- Asistencia y capacitación para la lactancia natural y artificial
- Realización de cualquier prueba clínica apropiada necesaria

Los cargos por cuidados de prevención para bebés en la sala de recién nacidos, incluido el examen inicial del recién nacido durante la Admisión Hospitalaria de la madre para el parto, se consideran parte de la Cobertura para Internación en Hospital del Hijo y están sujetos a las disposiciones y los límites de beneficios descritos en la [Cobertura para Internación en Hospital](#). Los beneficios también están sujetos a cualquier monto Deducible incluido en el Programa de Beneficios.

Servicios de salud mental

Beneficios para el tratamiento de la dependencia química

Los beneficios relativos a los Gastos Elegibles contraídos para el Tratamiento de la Dependencia Química se determinan del mismo modo que el tratamiento de cualquier otra enfermedad. En el Programa de Beneficios, se incluyen los beneficios específicos. Consulte la sección **PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN** para conocer qué servicios requieren Preautorización.

La cobertura para el tratamiento de la Dependencia Química se limita a un máximo de tres series separadas de tratamiento para cada Persona Cubierta. Es posible que el Plan utilice pautas estatales para administrar los beneficios para el tratamiento de la Dependencia Química. El tratamiento de la Dependencia Química para pacientes internados debe proporcionarse en un Centro de Tratamiento de Dependencia Química. Los beneficios para el control médico de una intoxicación (toxicidad) aguda potencialmente mortal en un Hospital están disponibles de manera similar a lo establecido para una enfermedad, según se describe en [Beneficios para la cobertura para internación en hospital](#).

En lo que respecta a los beneficios, los Cuidados de Salud Mental proporcionados como parte de un tratamiento de Dependencia Química Necesario por Razones Médicas se considerarán un tratamiento de Dependencia Química hasta que se complete la serie de tratamientos de Dependencia Química. (El tratamiento con Cuidados de Salud Mental que se proporcione después de haber completado la serie de tratamientos de Dependencia Química se considera Cuidados de Salud Mental).

Beneficios para cuidados de salud mental

Los beneficios relativos a los Gastos Elegibles contraídos para el tratamiento con Cuidados de Salud Mental se incluyen en el Programa de Beneficios. Consulte la sección **PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN** para conocer qué servicios requieren Preautorización.

Los servicios Necesarios por Razones Médicas para Cuidados de Salud Mental en un Centro de Tratamiento Psiquiátrico de Día, una Unidad o Centro de Estabilización de Crisis o en Centro de Tratamiento Residencial para Niños y Adolescentes, en lugar de una hospitalización, se consideran cobertura para internación en Hospital. A este fin, se aplican los beneficios de Internación en Hospital de este Plan, así como cualquier Deducible, incluidos en el Programa de Beneficios.

Beneficios para enfermedad mental grave

Los beneficios relativos a los Gastos Elegibles contraídos para el tratamiento de una Enfermedad Mental Grave se incluyen en el Programa de Beneficios. Consulte la sección **PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN** para conocer qué servicios requieren Preautorización.

Los servicios Necesarios por Razones Médicas para una Enfermedad Mental Grave en un Centro de Tratamiento Psiquiátrico de Día, una Unidad o Centro de Estabilización de Crisis o un Centro de Tratamiento Residencial para Niños y Adolescentes, en lugar de una hospitalización, se consideran cobertura para internación en Hospital. A este fin, se aplican los beneficios de Cobertura para Internación en Hospital de este Plan, así como cualquier Deducible, si corresponde, incluidos en el Programa de Beneficios.

Beneficios para servicios de cuidados preventivos

Se proporcionan servicios de cuidados preventivos para los servicios cubiertos que se detallan a continuación. Los cuidados preventivos dentro de la Red no están sujetos a límites de Coseguro, Deducible, ni Copago.

- a. Los elementos o servicios basados en datos que tengan una clasificación A o B en las recomendaciones vigentes del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF)
- b. Las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) para la persona en cuestión
- c. La detección y cuidados preventivos basados en pruebas respaldatorias establecidos en las pautas integrales impulsadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) para lactantes, niños y adolescentes
- d. Con respecto a las mujeres, la detección y los cuidados preventivos adicionales establecidos en las pautas integrales impulsadas por la HRSA

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

A los efectos de este beneficio, las recomendaciones actuales del USPSTF relacionadas con la detección del cáncer de mama, la mamografía y la prevención se consideran las más actualizadas. Los servicios de cuidados preventivos descritos en los puntos *a* al *d* pueden variar en la medida en que se modifiquen las pautas del USPSTF, el CDC y la HRSA. Para obtener más información, puede visitar Nuestro sitio web www.hioscar.com o comunicarse con el servicio de atención al cliente llamando al número de teléfono 1-855-Oscar-55.

Entre los servicios cubiertos, se incluyen reconocimientos anuales de rutina, vacunas, cuidados de prevención para niños, mamografías para la detección de cáncer, densitometría ósea, pruebas de detección del cáncer de próstata y colorrectal, servicios de asesoramiento para dejar de fumar, asesoramiento en materia de alimentación saludable y detección y asesoramiento relacionados con la obesidad. Para las personas mayores de 50 años, se cubren los exámenes médicamente reconocidos para la detección del cáncer colorrectal, incluida la prueba anual de sangre oculta en heces, una sigmoidoscopia flexible cada cinco años, una colonoscopia cada cinco años y una colonoscopia cada diez años.

Entre las vacunas cubiertas, se incluyen la de difteria, *Haemophilus influenzae* tipo b, hepatitis B, sarampión, paperas, tos ferina, polio, rubéola, tétanos, varicela y cualquier otra vacuna que la ley exija que se aplique a un niño. Las inyecciones para las alergias no se consideran vacunas según esta disposición de beneficios.

Los servicios cubiertos que no se incluyen en los puntos (a) al (d) están sujetos a límites de Coseguro, Deducible y Copago, y a límites en dólares.

Beneficios para exámenes de rutina y vacunas

Hay beneficios para exámenes de rutina disponibles para los siguientes servicios de cuidados preventivos según se indica en el Programa de Beneficios:

- Cuidados de prevención para bebés (después del examen inicial del recién nacido y del alta del Hospital).
- Examen físico anual de rutina.
- Exámenes de audición anuales, excepto relacionados con los beneficios establecidos en **Beneficios requeridos para pruebas de detección de la discapacidad auditiva**.
- Vacunas. (No se aplican Deducibles a las vacunas de un hijo Dependiente menor de siete años).

No hay beneficios disponibles para la cobertura para internación en Hospital o para la cobertura médico-quirúrgica para los exámenes físicos de rutina realizadas durante una internación, excepto en el caso del examen inicial de un recién nacido.

Las inyecciones para las alergias no se consideran vacunas según esta disposición de beneficios.

Beneficios para determinadas pruebas de detección del virus del papiloma humano y el cáncer de cuello uterino

Existen beneficios disponibles para determinadas pruebas de detección del virus del papiloma humano y del cáncer de cuello uterino para cada mujer inscrita en el Plan que tenga 18 años o más, para un examen anual de diagnóstico médicamente reconocido para la detección precoz del cáncer de cuello uterino, tal como se indica en el Programa de Beneficios. La cobertura incluye, por lo menos, una prueba de Papanicolaou convencional o una detección sistemática mediante una prueba citológica líquida aprobada por la FDA, sola o en combinación con una prueba aprobada por la FDA para la detección del virus del papiloma humano.

Beneficios para mamografías

Existen beneficios disponibles para la mamografía de baja radiación para la detección de cáncer de mama oculto en Participantes de 35 años o más según se indica en el Programa de Beneficios.

Estos beneficios no están disponibles para más de una mamografía de detección de rutina por Año Calendario.

Beneficios para la detección y la prevención de la osteoporosis

Si un Participante es una **persona calificada**, tiene beneficios disponibles para un procedimiento de medición de la masa ósea médicamente aceptado para detectar una baja masa ósea y con el fin de determinar el riesgo que el Participante tiene de sufrir osteoporosis y fracturas asociadas con dicho trastorno según lo indicado en el Programa de Beneficios.

Persona calificada hace referencia a lo siguiente:

1. Una mujer posmenopáusica que no recibe estrogenoterapia reconstitutiva
2. Una persona que presenta alguna de las siguientes condiciones:
 - a. Anomalías vertebrales
 - b. Hiperparatiroidismo primario
 - c. Antecedentes de fracturas óseas
3. Una persona que se encuentra en una de las siguientes situaciones:
 - a. Recibe un tratamiento prolongado con glucocorticoides
 - b. Está siendo evaluada para controlar la respuesta a un tratamiento farmacológico aprobado contra la osteoporosis o la eficacia de este

Beneficios para determinadas pruebas para la detección del cáncer de próstata

Hay beneficios disponibles para lo siguiente:

1. Un examen físico anual de diagnóstico médicamente reconocida para la detección del cáncer de próstata
2. Un análisis de antígeno prostático específico utilizado para la detección del cáncer de próstata para cada hombre que cuente con el Plan y que cumpla los siguientes requisitos:
 - a. Tenga, al menos, 50 años y no sufra síntomas.

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

- b. Tenga, al menos, 40 años y tenga antecedentes familiares de cáncer de próstata u otro factor de riesgo de dicho cáncer.

Beneficios para las pruebas de detección precoz de la enfermedad cardiovascular

Hay beneficios disponibles para una de las siguientes pruebas no invasivas para la detección de la aterosclerosis y de una estructura y función anormal de las arterias cada cinco años, siempre que se realicen en un laboratorio certificado por una organización nacional reconocida:

1. Tomografía computada (CT en inglés) para medir las calcificaciones en las arterias coronarias
2. Ecografía para medir el grosor íntima-media carotídea y la presencia de placa

Hay pruebas disponibles para cada Persona Cubierta que sea (1) un hombre mayor de 45 años y menor de 76, o (2) una mujer mayor de 55 años y menor de 76. La persona debe ser diabética o tener riesgo de padecer cardiopatía coronaria de acuerdo con una puntuación intermedia o alta obtenida con el algoritmo de predicción coronaria del Estudio del Corazón de Framingham.

Los beneficios se limitan según lo indicado en el Programa de Beneficios.

Beneficios para pruebas de detección de la discapacidad auditiva

Hay beneficios disponibles para los Gastos Elegibles contraídos por un hijo Dependiente cubierto relativos a lo siguiente:

- Prueba de detección de hipoacusia desde el nacimiento hasta la fecha en que el niño cumple los 30 días de vida
- Cuidados complementarios de diagnóstico necesarios relacionados con las pruebas de detección desde el nacimiento hasta la fecha en que el niño cumple los 24 meses de vida

Los Montos de Copago o Coseguro indicados en el Programa de Beneficios pueden aplicar a esta disposición. Los Deducibles no aplican.

Beneficios para cirugía estética, reconstructiva o plástica

Hay beneficios disponibles para la Cirugía Estética, Reconstructiva o Plástica que cumple uno de los criterios descritos a continuación o se la considera Necesaria por Razones Médicas. Estos servicios requieren Preautorización.

- Tratamiento proporcionado para corregir imperfecciones adquiridas por una Lesión Accidental sufrida por el Participante
- Tratamiento proporcionado para la Cirugía Reconstructiva después de una cirugía de cáncer
- Cirugía practicada en un recién nacido para el tratamiento o la corrección de una anomalía congénita
- Cirugía practicada en un Participante para el tratamiento o la corrección de una

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

anomalía congénita que no sea una condición de las mamas

- Reconstrucción de la mama en la cual se realizó una mastectomía; cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico; prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía

Beneficios para los servicios de la vista

Se ofrecen los siguientes beneficios por los Gastos Elegibles generados por un Hijo

Participante para servicios de la vista:

- Examen de la vista anual
- un par de anteojos (cristales y marcos) por año, si es Necesario por Razones Médicas

Beneficios para servicios dentales

Se ofrecen los siguientes beneficios por los Gastos Elegibles generados por un Participante para servicios dentales:

- Cirugía Oral Cubierta.
- Servicios proporcionados a un Participante que son necesarios para tratar o corregir una anomalía congénita.
- La corrección de daños causados solamente por una Lesión Accidental externa y violenta a dientes naturales sanos sin restaurar y a tejidos de soporte, limitada al tratamiento proporcionado en el lapso de los 24 meses posteriores al tratamiento inicial. Una lesión sufrida como resultado de haber mordido o mascado no se considera una Lesión Accidental.

La cobertura de los servicios que se mencionan arriba se proporciona de la misma manera que el tratamiento para cualquier otra enfermedad según se indica en el Programa de Beneficios.

Cualquier otro servicio dental (excepto los excluidos en la sección **EXCLUSIONES Y LIMITACIONES MÉDICAS** de esta Póliza) por el cual el Participante contraiga Gastos Elegibles para una Admisión Hospitalaria Necesaria por Razones Médicas se determinará según lo descrito en “Beneficios para la cobertura para internación en hospital”.

Beneficios para trasplantes de órganos y tejidos

1. Sujetos a las condiciones descritas a continuación, los beneficios para los servicios y suministros cubiertos proporcionados a un Participante en un Hospital, por un Médico o por Otro Proveedor en relación con el trasplante de tejidos y órganos se determinan de la siguiente manera, pero solo si se cumplen **todas** las condiciones:
 - a. El procedimiento de trasplante no es Experimental ni está En Investigación.
 - b. Se utilizan órganos o tejidos humanos donados o un dispositivo artificial aprobado por la FDA.
 - c. El receptor es un Participante cubierto por el Plan.
 - d. El procedimiento de trasplante está preautorizado según se requiere en el marco del Plan.

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

- e. El Participante cumple con todos los criterios establecidos por Oscar en relación con las pólizas médicas escritas.
 - f. El Participante cumple con todos los protocolos establecidos por el Hospital en el que se realiza el trasplante.
 - Los servicios y suministros cubiertos “relacionados con” un trasplante de órganos o tejidos incluyen, entre otros, rayos X, análisis de laboratorio, quimioterapia, terapia de radiación, medicamentos recetados, obtención de órganos o tejidos de un donante vivo o muerto y complicaciones que surjan de dicho trasplante.
2. Los beneficios disponibles se determinarán del mismo modo que para cualquier otra enfermedad cuando el trasplante se considere Necesario por Razones Médicas y cumpla con todas las condiciones mencionadas anteriormente.
 - a. Los beneficios disponibles son los siguientes:
 - i. Los receptores con cobertura de este Plan
 - ii. Los donantes que califiquen como Participantes en virtud de este Plan
 - iii. Los donantes que no califiquen como Participantes de este Plan
3. Los servicios y suministros cubiertos son aquellos proporcionados para lo siguiente:
 - a. La búsqueda del donante y la prueba de aceptabilidad de posibles donantes vivos
 - b. La evaluación de órganos o tejidos, entre ellos, la determinación de compatibilidad del tejido
 - c. La extracción de órganos o tejidos de donantes vivos o muertos
 - d. El transporte y almacenamiento a corto plazo de órganos y tejidos donados
4. Los servicios y suministros cubiertos **no incluyen** a aquellos proporcionados para lo siguiente:
 - a. Los gastos de vivienda o transporte de un receptor o donante vivo
 - b. Los gastos para mantener con vida al donante con el fin de que pueda donar órganos o tejidos
 - c. La compra de un órgano o tejido
 - d. La obtención de órganos o tejidos (xenoinjerto) de otra especie
5. Todo trasplante de órganos o tejidos requiere Preautorización. Para obtener información más específica sobre la Preautorización, consulte la sección **PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN** de esta Póliza.
 - a. Esta Preautorización en específico es necesaria aunque el paciente sea paciente de un Hospital con otra Preautorización.
 - b. En el momento de la Preautorización, Oscar asignará la duración de la estancia para la admisión. A pedido, puede extenderse, si Oscar decide que dicha extensión es Necesaria por Razones Médicas.
6. No habrá beneficios disponibles para ningún procedimiento de trasplante de órganos o tejidos (o servicios prestados en preparación de dicho procedimiento o junto con él) que Oscar considere de naturaleza Experimental o En investigación.

Beneficios para el tratamiento de lesiones cerebrales adquiridas

Los beneficios relativos a los Gastos Elegibles contraídos para el tratamiento Necesario por Razones Médicas de una Lesión Cerebral Adquirida se determinarán del mismo modo que el tratamiento de cualquier otra condición física.

Como consecuencia de una Lesión Cerebral Adquirida, o en relación con ella, el Plan cubrirá lo siguiente: Terapia de Rehabilitación Cognitiva, Terapia Cognitiva para la Comunicación, Terapia y Rehabilitación Neurocognitiva; Pruebas y Tratamientos Neuroconductuales, Neuropsicológicos, Neurofisiológicos y Psicofisiológicos; Terapia de Neurorretroalimentación, Remediación, Servicios de Transición Posteriores a Cuidados Agudos y de Reintegración a la Comunidad, incluidos Servicios de Tratamiento Diario para Pacientes Ambulatorios u otros Servicios de Tratamiento Posteriores a Cuidados Agudos.

El tratamiento de una Lesión Cerebral Adquirida puede realizarse en un Hospital, en un centro de rehabilitación de tratamiento posterior a cuidados agudos o posagudos, en un centro de residencia asistida o cualquier otro centro médico que brinde **servicios** o **terapias** adecuados.

- **Servicio** se refiere a la prestación de evaluaciones, tratamientos y terapias a una persona con una Lesión Cerebral Adquirida.
- **Terapia** se refiere al tratamiento de remediación programado que se brinda mediante la interacción directa con la persona para mejorar una condición patológica que deriva de una Lesión Cerebral Adquirida.

Para garantizar que se brinde un Servicio de Tratamiento Posterior a Cuidados Agudos adecuado, este Plan incluye cobertura para gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica del cuidado de una Persona Cubierta con las siguientes características:

1. Sufrió una Lesión Cerebral Adquirida
2. No respondió al tratamiento
3. Respondió más tarde al tratamiento

Los objetivos del tratamiento pueden ser el mantenimiento del funcionamiento o la prevención o el retraso del deterioro.

Beneficios para el tratamiento del trastorno del espectro del autismo

Los servicios que generalmente indica el médico de cabecera en relación con un plan de tratamiento para los Trastornos del Espectro del Autismo están cubiertos, si los solicitó ese Médico. No se aplican límites de beneficios.

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

Las personas que brinden tratamientos indicados de acuerdo con dicho Plan deben ser Profesionales de la Salud que cumplan los siguientes requisitos:

1. Deben estar matriculados, certificados o registrados en una agencia idónea del estado de Texas.
2. La credencial profesional debe ser reconocida y aceptada por una agencia idónea de los Estados Unidos.
3. Deben estar certificados como Proveedores en el sistema de salud militar TRICARE.

El tratamiento puede incluir, por ejemplo, los siguientes servicios:

- Servicios de evaluación previa y evaluación posterior
- Exámenes de detección a los 18 y a los 24 meses
- Análisis conductual aplicado
- Entrenamiento y manejo conductuales
- Terapia del habla
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Medicamentos o suplementos nutricionales usados para tratar síntomas del Trastorno del Espectro del Autismo

Se aplicarán todas las disposiciones contractuales estándar de esta Póliza, incluidos, entre otros, los términos definidos, las limitaciones y exclusiones, y los requisitos para las Preautorizaciones.

Beneficios para el tratamiento de la diabetes

Hay beneficios disponibles, y se determinarán del mismo modo en que se determinan para otras enfermedades, para [equipos](#) y [suministros para diabéticos](#) Necesarios por Razones Médicas (que un Médico u Otro Proveedor Profesional haya solicitado por escrito) y para los [servicios de control de la diabetes y entrenamiento para el autocontrol de la diabetes](#). Dichos insumos, cuando se obtienen para un [Participante calificado](#), incluirán, entre otros, lo siguiente:

1. [Equipos para diabéticos](#)
 - a. Medidores de glucosa en sangre (incluidos medidores de glucosa no invasivos y medidores para invidentes)
 - b. Bombas de insulina (tanto externas como implantables) y accesorios relacionados, por ejemplo:
 - Dispositivos para la infusión de insulina
 - Baterías
 - Productos para la preparación de la piel
 - Suministros adhesivos
 - Equipos de infusión intravenosa
 - Cartuchos de insulina

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

- Dispositivos duraderos y desechables que sirven para la inyección de insulina
 - Otros suministros desechables necesarios
 - c. Suministros podiátricos, incluso hasta dos pares de calzado terapéutico por año calendario, para la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes
2. **Suministros para diabéticos**
- a. Tiras reactivas especificadas para usarse con el medidor de glucosa en sangre correspondiente
 - b. Lancetas y dispositivos de punción
 - c. Tiras reactivas para monitorear los niveles de glucosa en orina mediante la lectura visual y tabletas para monitorear los niveles de glucosa, cetonas y proteínas
 - d. Insulina y análogos de insulina
 - e. Dispositivos para la aplicación de inyecciones, como dispositivos que se utilizan para facilitar la inyección de insulina y sistemas sin agujas
 - f. Jeringas de insulina
 - g. Recipientes para desechos con riesgo biológico
 - h. Agentes orales recetados y no recetados para el control del nivel de glucosa en sangre
 - i. Kit de emergencia de glucagón
- *NOTA: Todos los suministros para diabéticos mencionados en el punto 2 más arriba estarán cubiertos por las especificaciones detalladas en **BENEFICIOS FARMACÉUTICOS**.*
3. Reparación y mantenimiento necesario de las bombas de insulina no cubiertos por la garantía del fabricante o el contrato de compra, cargos de alquiler de las bombas durante su reparación y mantenimiento necesario de las bombas de insulina; el costo de tales servicios no debe exceder el valor de compra de una bomba de reemplazo similar.
4. Cuando haya tratamientos y equipos o suministros de monitoreo nuevos o mejorados disponibles y la FDA los apruebe, tales equipos o suministros estarán cubiertos si se determina que son Necesarios por Razones Médicas y el Médico tratante u Otro Proveedor Profesional los solicita por escrito.
- Cobertura Médico-Quirúrgica para el tratamiento nutricional, educativo y psicológico del **Participante calificado**. Dichos **servicios de control de la diabetes y entrenamiento para el autocontrol de la diabetes** para los que un Médico u Otro Proveedor Profesional emitió una orden para el Participante o la persona que cuida de él se limitan a lo siguiente cuando los proporciona un Médico o cuando se prestan por indicación de este.
5. Instrucción y educación inicial y de seguimiento que comprende lo siguiente:
- a. La causa física y el proceso de la diabetes.
 - b. Nutrición, ejercicio, medicamentos, supervisión de los valores de laboratorio y la interacción de estos en el autocontrol efectivo de la diabetes.
 - c. Prevención y tratamiento de problemas de salud especiales del paciente diabético.

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

- d. Adaptación a los cambios en el estilo de vida.
- e. Participación de la familia en el cuidado y el tratamiento del paciente diabético
La familia participará en algunas sesiones instructivas para el paciente.

El [entrenamiento para el autocontrol de la diabetes](#) del [Participante calificado](#) incluirá el desarrollo de un plan de control individualizado que se elabora para [él](#) y con su colaboración (y la de su familia) para que comprenda cuáles son los cuidados de la diabetes y cómo debe controlar esta condición. Este Plan incluye el asesoramiento en nutrición y el uso adecuado de [equipos y suministros para diabéticos](#).

Un [Participante calificado](#) es una Persona Elegible para recibir cobertura en virtud de este contrato a quien se le diagnosticó (a) diabetes insulínica o no insulínica, (b) quien tiene niveles elevados de glucosa en sangre a causa de un embarazo o (c) quien tiene otra condición médica relacionada con los niveles elevados de glucosa en sangre.

Beneficios para servicios de fisioterapia

Los beneficios de la Cobertura Médico-Quirúrgica aplicables a Servicios de Fisioterapia se encuentran disponibles tal como se detalla en el Programa de Beneficios.

Todos los pagos de beneficios que Oscar efectúa por Servicios de Fisioterapia serán aplicables al máximo de 35 consultas en cada nivel de beneficios, salvo los pagos de beneficios efectuados en relación con una Lesión Cerebral Adquirida o el tratamiento del autismo, ya que los servicios relacionados con el tratamiento de retraso en el desarrollo no están sujetos a límites de consultas.

Oscar ofrece cobertura adicional para retrasos en el desarrollo infantil, como tortícolis muscular congénita o trastornos de coordinación y equilibrio; si elige esta cobertura, los Servicios de Fisioterapia estarán cubiertos en el monto, la duración, el alcance y el entorno de servicio establecidos en el plan de servicios familiares individualizados del niño.

Beneficios para órtesis

Las órtesis Necesarias por Razones Médicas que cumplen con el manual de la póliza de beneficios de Medicare tienen cobertura sujeta a los mismos Deducibles, Montos de Coseguro y Montos de Copago que los de los servicios y suministros en general. No hay máximo por Año Calendario, a pesar de que los beneficios para las órtesis requieren Preautorización cuando superan los \$500 al año. Esto es además de los suministros podiátricos que se mencionan en la subsección [Beneficios para el tratamiento de la diabetes](#) y no afecta la cobertura de estos.

Beneficios para servicios del habla y la audición

Los beneficios que se mencionan en el Programa de Beneficios están disponibles para los servicios que brinda un Médico u Otro Proveedor Profesional para restablecer la pérdida del habla o de la función auditiva o para corregir una deficiencia del habla o la audición. Los beneficios para servicios del habla y la audición, incluidos, entre otros, la terapia del habla e implantes cocleares y los audífonos, requieren Preautorización.

Beneficios para costos de cuidado de rutina de participantes en algunos ensayos clínicos

Los beneficios para los Gastos Elegibles de Costos de Cuidado de Rutina del Paciente, como se define en la sección **DEFINICIONES**, se proporcionan en relación con la fase I, II, III o IV del ensayo clínico si este se realiza para prevenir, detectar o tratar una enfermedad o condición potencialmente mortal y es aprobado por una de las siguientes instituciones:

- Los CDC del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services, HHS)
- Los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, NIH)
- La FDA
- El Departamento de Defensa de los Estados Unidos (United States Department of Defense, DoD)
- El Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos (United States Department of Veterans Affairs, VA)
- El Departamento de Energía de los Estados Unidos (United States Department of Energy)
- La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)
- Los centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
- Una entidad de investigación no gubernamental calificada e identificada en las pautas emitidas por los NIH para recibir subvenciones de apoyo
- Un comité institucional de revisión de un establecimiento en este Estado que tenga un acuerdo con la Oficina para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación (Office for Human Research Protections, OHRP) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services, HHS)

Esta sección no ofrece beneficios para los servicios relacionados con el tema del ensayo clínico y que habitualmente está a cargo del Centro de Investigación a cargo del ensayo clínico.

Beneficios de bienestar

Programa de bienestar

El objetivo de este programa de bienestar es fomentar que tenga un rol más activo en el cuidado de Su salud y bienestar. Durante el año, podemos ofrecer beneficios con relación al uso o a la participación en acciones y actividades de promoción del bienestar y la salud, incluidos, entre otros, un programa de control de peso designado, el autocontrol de enfermedades crónicas, un programa de incentivo del mantenimiento de la salud y el estado físico (como control de la cantidad de pasos), y una herramienta de evaluación de riesgos de salud, entre otros.

Los beneficios por la participación de programas de bienestar incluyen, entre otros, los siguientes:

- Ciertos incentivos financieros relacionados con las acciones y actividades de promoción del bienestar y la salud descritas arriba.
- [Incentivo para la vacuna antigripal].
- Los miembros pueden volver sobre sus pasos y obtener recompensas por alcanzar los objetivos de distancia caminada. Los miembros pueden obtener recompensas y tarjetas de regalo que apuntan a promover un comportamiento saludable. Lo alentamos a que use sus tarjetas de regalo en productos o servicios que promuevan la salud, como libros de cocina saludable, vitaminas de venta libre o equipos para realizar actividad física.

Sobre la base de las condiciones del programa ofrecido, Usted, el suscriptor, y en algunos casos, Su cónyuge o Dependiente de 18 años o más pueden recibir recompensas. Los impuestos relativos al reembolso de recompensas están a Su cargo. Para obtener más información, puede visitar Nuestro sitio web, www.hioscar.com, o comunicarse llamando al número de teléfono 1-855-Oscar-55.

Beneficios de telemedicina

También cubrimos las consultas telefónicas entre Usted y los Proveedores que participan en Nuestro programa de telemedicina para condiciones médicas que no constituyen una Condición de Emergencia.

Beneficios para cuidados de emergencia y tratamiento de lesión accidental

El Plan brinda cobertura para emergencias médicas donde sea que ocurran. Ejemplos de emergencias médicas son hemorragias inusuales o excesivas, quebraduras de huesos, dolor agudo en el abdomen o pecho, pérdida del conocimiento, convulsiones, dificultad para respirar, ataque cardíaco sospechoso, dolor repentino persistente, lesiones o quemaduras graves o múltiples e intoxicación.

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

Si es posible, comuníquese con Su Médico o Profesional de Salud Mental de la Red antes de acudir a la sala de emergencias o de curas de un Hospital para que le ayude a decidir si necesita Cuidados de Emergencia o tratamiento de una Lesión Accidental y le recomiende qué atención necesita. Si no es posible, diríjase al centro de emergencias más cercano, ya sea que pertenezca o no la Red.

Ya sea que requiera hospitalización o no, notifique a Su Médico o Profesional de Salud Mental de la Red tan pronto como sea posible dentro de lo razonable sobre cualquier tratamiento médico de emergencia para que pueda recomendar la continuación de cualquier servicio médico necesario.

Los Beneficios dentro de la Red para los Gastos Elegibles para tratar una Lesión Accidental o para recibir Cuidados de Emergencia, incluidos Servicios de Salud Mental, se determinarán de acuerdo con el Programa de Beneficios. Según se indica en el Programa de Beneficios, por cada consulta que realice como paciente ambulatorio en la sala de emergencias o de curas del Hospital, deberá abonar un Monto de Copago por cargos del centro médico. Si es admitido por la condición de emergencia inmediatamente después de una visita a la sala de emergencias, no deberá abonar el Monto de Copago. Si es admitido por la condición de emergencia inmediatamente después de la consulta, será necesario obtener la Preautorización para la Admisión Hospitalaria, y aplicará la Cobertura para Internación en Hospital.

No obstante cualquier disposición contraria en esta Póliza en relación con servicios de Cuidados de Emergencia fuera de la Red prestados por Proveedores no contratistas, la Cantidad Autorizada será igual, sin que supere los cargos facturados, a lo máximo de lo siguiente:

1. El monto promedio negociado con Proveedores de la Red para servicios de Cuidados de Emergencia prestados
 2. El monto que se abonaría con Medicare por el servicio de Cuidados de Emergencia
- Cada uno de estos montos se calcula sin tener en cuenta ningún Coseguro o Copago dentro de la red impuesto al Participante.

Beneficios para cuidados de urgencia

Los beneficios para Gastos Elegibles por Cuidados de Urgencia se determinarán de acuerdo con el Programa de Beneficios. Por cada consulta de Cuidados de Urgencia que realice, deberá abonar un Monto de Copago tal cual se indique en el Programa de Beneficios. "Cuidados de urgencia" se refiere a la prestación de cuidados médicos en un centro médico dedicado a la prestación de cuidados programados o no programados fuera de la sala de emergencias o de curas de un Hospital o del consultorio médico. Los cuidados médicos necesarios se aplican a una condición que no es potencialmente mortal.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES MÉDICAS

Los beneficios que se describen en esta Póliza **no** están disponibles para lo siguiente:

1. Servicios o suministros que no son Necesarios por Razones Médicas ni fundamentales para el diagnóstico o el cuidado o el tratamiento directo de una enfermedad, lesión, condición o disfunción corporal.
2. Servicios y suministros de naturaleza Experimental o En investigación.
3. Cualquier parte de un cargo por servicios o suministros que supere la Cantidad Autorizada.
4. Servicios o suministros provistos en relación con una enfermedad o lesión laboral sufrida en el trabajo y durante el curso de un empleo, independientemente de si recibe beneficios, o de si pudiera recibirlos al interponer la Reclamación apropiada, en virtud de la Ley de Seguro de Accidentes Laborales.
5. Servicios o suministros cuyos beneficios se proporcionan o podrían proporcionarse de acuerdo con una ley aplicable, como Medicare. Esta exclusión no aplica a Su cobertura para gastos de hospitalización o Gastos Médico-Quirúrgicos que que formen parte de una póliza de seguro de accidente automovilístico, o que tenga en conjunto con esta.
6. Servicios o suministros que el Participante no debe abonar o por los que no tendría obligación legal de abonar en ausencia de esta cobertura o una similar, salvo servicios o suministros para el tratamiento de una enfermedad o un retraso mental provistos por una institución subvencionada del estado de Texas.
7. Servicios o suministros provistos por una persona que pertenece a la familia directa del Participante.
8. Servicios o suministros por lesiones o enfermedades que sufra como resultado de una guerra declarada o no declarada, o cualquier acto de guerra, o mientras presta servicio activo o de reserva en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
9. Cargos:
 - a. Por no asistir a una consulta programada con un Médico u Otro Proveedor Profesional
 - b. Por completar formularios de seguro
 - c. Por adquirir historias clínicas
10. Gastos de habitación y comidas contraídos durante la Admisión Hospitalaria para procedimientos de diagnóstico o evaluación, salvo que estos no se hubiesen podido realizar como paciente ambulatorio sin afectar de forma adversa la condición física del Participante o la calidad del cuidado médico brindado.
11. Servicios o suministros proporcionados antes de que el paciente tenga cobertura como Participante en virtud del presente Plan, o después de la terminación de dicha cobertura.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES MÉDICAS

12. Servicios o suministros proporcionados para Servicios Nutricionales y Dietarios, salvo los provistos en virtud de este Plan para lo siguiente:
 - a. Un programa de evaluación nutricional para pacientes internados proporcionado por un Hospital y aprobado por Oscar
 - b. **Beneficios para el tratamiento de la diabetes**, tal como se lo describe más arriba
 - c. **Beneficios para el tratamiento del trastorno del espectro del autismo**, como se describe más arriba
13. Servicios o suministros provistos para el Cuidado Supervisado.
14. Servicios no quirúrgicos (restauraciones dentales, ortodoncia o fisioterapia) o servicios o suministros no diagnósticos (aparatos, férulas, órtesis o prótesis dentales) provistos para el tratamiento de la articulación temporomandibular y todos los músculos y nervios adyacentes o relacionados.
15. Insumos con Cobertura Médico-Quirúrgica que se obtengan para cuidados y tratamientos odontológicos, Cirugía Oral Cubierta o aparatos dentales, salvo los mencionados en la disposición **Beneficios para servicios dentales** de esta Póliza.
16. Servicios o suministros provistos para Cirugía Estética, Reconstructiva o Plástica, salvo los mencionados en la disposición **Beneficios para cirugía estética, reconstructiva o plástica** de esta Póliza.
17. Servicios o suministros provistos para lo siguiente:
 - a. Tratamiento de la miopía y ametropía, incluida la cirugía refractiva
 - b. Ortóptica o entrenamiento visual
 - c. Anteojos o lentes de contacto, siempre que las lentes intraoculares sean excepciones específicas a esta exclusión
 - d. Exámenes para la receta o prueba de anteojos o lentes de contacto, salvo los indicados en la disposición **Beneficios para exámenes de rutina y vacunas** de esta Póliza
 - e. Recuperación de la pérdida del habla o la audición, o corrección de dichas funciones afectadas, salvo lo que se indique en las disposiciones **Beneficios para servicios del habla y la audición** y **Beneficios para el tratamiento del trastorno del espectro del autismo** de esta Póliza
18. Salvo lo que se incluye específicamente como un Gasto Elegible, Servicios Sociales Médicos, asistencia psicológica por luto, orientación vocacional o terapia de pareja o familiar.
19. Servicios de terapia ocupacional que no consistan en modalidades de fisioterapia tradicional y que no formen parte de un programa de rehabilitación física multidisciplinario activo para restaurar una función corporal perdida o disminuida, excepto las que puedan estar cubiertas según la disposición **Beneficios para el tratamiento del trastorno del espectro del autismo** de esta Póliza.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES MÉDICAS

20. Servicios de transporte o ambulancia porque es más práctico para el paciente que otros medios de transporte ya sea por recomendación del Médico u Otro Proveedor Profesional, o no.
21. Servicios o suministros provistos para bajar de peso o luchar contra la obesidad, incluidos procedimientos quirúrgicos, aunque el Participante presente otras condiciones de salud que puedan mejorar con la reducción de peso, excepto el asesoramiento en materia de alimentación saludable y la detección y el asesoramiento relacionados con la obesidad que puedan proporcionarse en virtud de lo dispuesto en **Servicios de prevención**.
22. Servicios o suministros provistos principalmente para lo siguiente:
 - a. Ecología Clínica o cualquier otro tratamiento similar no reconocido como seguro y eficaz por la American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (Academia Americana de Alergia, Asma e Inmunología, AAAI)
 - b. Análisis o tratamientos de alergia para pacientes internados
23. Servicios o suministros provistos como terapia de quelación, junto con estos, salvo para el tratamiento de la intoxicación aguda por metales.
24. Servicios o suministros relacionados con el cuidado de los pies para personas con pie plano, arco vencido o esguinces crónicos.
25. Enjuagues bucales con fluoruro o antisépticos recetados, colutorios o soluciones, o preparados tópicos orales, excepto los que se proveen en la enmienda de cuidados odontológicos pediátricos.
26. Servicios o suministros proporcionados para las siguientes modalidades de tratamiento:
 - a. Acupuntura
 - b. Tracción intersegmental
 - c. Electromiografía (EMG en inglés) de superficie
 - d. Manipulación vertebral con anestesia
 - e. Pruebas musculares con máquinas computarizadas de quinesiología como las de IsoStation, Digital Myograph y Dynatron
27. Beneficios para servicios o suministros cubiertos proporcionados por un Centro de Servicios Contratista que no se aprobó específicamente para hacerlo de acuerdo con un contrato o acuerdo escrito con Oscar, excepto en el caso de servicios de emergencia.
28. Todo elemento que incluya, por ejemplo, aparatos de ortodoncia u otros aparatos dentales; férulas o vendas provistas por un Médico fuera de un Hospital o “de venta libre” para tratar esguinces; calzado ortopédico que se separa de un aparato, calzado hecho a medida, indicado especialmente, integrado o hecho a medida, botas ortopédicas, plantillas diseñadas para soportar el arco o corregir cambios en el pie o su alineación, soportes de arco, medias elásticas y ligueros. Nota: Esta exclusión no se aplica a aparatos de podología cuando son provistos como Equipos para Diabéticos.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES MÉDICAS

29. Suministros para programas para dejar de fumar y el tratamiento contra la adicción a la nicotina, salvo por lo dispuesto en Servicios de Prevención.
30. Beneficios que superen los límites de días, visitas o Año Calendario especificados.
31. Servicios y suministros provistos a un Participante usados fuera de los Estados Unidos si el Participante viajó para recibir servicios médicos, suministros o medicamentos.
32. Gastos del donante para un Participante en relación con un trasplante de órganos o tejido si el receptor no tiene cobertura en virtud de este Plan.
33. Prótesis de reemplazo necesarias por pérdida o mal uso.
34. Servicios de enfermería privada, salvo para Cobertura de Cuidados Extendidos.
35. Medicamentos Cubiertos proporcionados según la sección **BENEFICIOS FARMACÉUTICOS**.
36. Nivel residencial de tratamiento para Dependencia Química en un Centro de Tratamiento de Dependencia Química.
37. Servicios o suministros no definidos específicamente como Gastos Elegibles en este Plan.
38. Participación en delitos: Oscar no cubre el cuidado por ninguna enfermedad, tratamiento o condición médica que haya contraído por Su participación en un delito, disturbios o insurrección. Esta exclusión no aplica a la cobertura de los servicios necesarios por lesiones causadas por una víctima de violencia doméstica o por servicios que resulten de Su condición médica (lo que incluye tanto condiciones de salud tanto físicas como mentales).
39. Servicios y suministros provistos para el cuidado de rutina de los pies, excepto en el tratamiento de diabetes.

BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

Definiciones

Además de los términos aplicables que se proporcionan en la sección **DEFINICIONES** de la Póliza, los siguientes términos se aplican específicamente a esta sección **BENEFICIOS FARMACÉUTICOS**.

Cantidad Autorizada hace referencia a la cantidad máxima que Oscar determina como pago elegible posible para un determinado Medicamento Cubierto.

Como se aplica a las Farmacias Participantes, la Cantidad Autorizada se basa en las disposiciones del contrato entre Oscar y la Farmacia Participante en efecto la fecha en que se presta el servicio.

Medicamento de Marca hace referencia a un medicamento o producto fabricado por un solo fabricante según lo define la información de una base de datos de Proveedores de fármacos reconocida en el ámbito nacional. En algunos casos, dos fabricantes pueden confeccionar el mismo producto con la misma licencia, denominado “producto de licencia compartida”, el cual también se considera Medicamento de Marca. Asimismo, puede haber casos en los que la clasificación de un medicamento cambie de genérico a Medicamento de Marca Preferida debido a un cambio en el mercado que provoca que haya una única fuente o cambie la información de la base de datos de fármacos, lo que también ocasiona un cambio de genérico a Medicamento de Marca Preferida en las obligaciones de costos compartidos.

Medicamentos Compuestos hace referencia a aquellos medicamentos que un farmacéutico midió y combinó con ingredientes farmacéuticos aprobados por la FDA para generar una fórmula única Necesaria por Razones Médicas debido a que no existen productos comerciales o a que estos no existen en la dosis, el tamaño o la forma adecuada. Los ingredientes utilizados deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Los medicamentos del producto compuesto están aprobados por la FDA.
2. El producto aprobado debe tener asignado un Código Nacional de Medicamentos (NDC en inglés).
3. El ingrediente activo principal debe ser un Medicamento Cubierto por el Plan.

Monto de Costos Compartidos hace referencia al monto en dólares que el Participante abona por cada Receta que se despacha o se renueva mediante una Farmacia Participante.

Medicamentos Cubiertos hace referencia a Medicamentos Recetados (definidos más abajo) excepto la insulina, análogos de la insulina, plumas de insulina y agentes orales recetados o no recetados para controlar los niveles de azúcar en sangre, incluidas las jeringas y agujas desechables necesarias para la autoadministración, y que cumplen con las siguientes condiciones:

1. Necesarios por Razones Médicas y solicitados por un Profesional de la Salud autorizado que designa a un Participante como el receptor.
2. Para los que un Profesional de la Salud autorizado proporciona una Receta escrita o verbal.
3. Por los que habitualmente se abona un cargo separado.
4. No administrados por completo en el momento y el lugar en que se realiza la Receta.
5. La FDA aprobó, como mínimo una Indicación.
6. Los suministra una Farmacia y los recibe el Participante durante la cobertura del Plan, **excepto cuando** los recibe en el consultorio de un Proveedor o mientras está internado en un Hospital, establecimiento o centro de cuidados agudos (consulte [Limitaciones y exclusiones](#)).

Medicamento Genérico hace referencia a un medicamento que tiene el mismo ingrediente activo que un Medicamento de Marca y que se puede producir después de que vence la patente del Medicamento de Marca. Al determinar la clasificación como Medicamento Genérico o de Marca de los Medicamentos Cubiertos y la responsabilidad del Monto de Costos Compartidos correspondiente al Participante, Oscar utiliza el estado de Medicamento Genérico o de Marca asignado por la información de una base de datos de Proveedores de fármacos reconocida en el ámbito nacional.

Profesional de la Salud hace referencia a profesionales en enfermería superior, médicos, odontólogos, auxiliares médicos, licenciados en Medicina, podólogos u otras personas certificadas con autoridad para recetar medicamentos y tratamientos.

Indicación hace referencia a un motivo por el cual se recomienda utilizar un determinado análisis, medicación, procedimiento o cirugía (lo opuesto a “Indicación” es “contraindicación”). Para que se cubra un medicamento, la FDA debe aprobarlo para al menos una Indicación.

Medicamentos Recetados hace referencia a fármacos, medicamentos biológicos o recetas compuestas que, por ley, deben estar etiquetados con la leyenda “Caution - Federal Law Prohibits Dispensing Without a Prescription (Precaución: La ley federal prohíbe la venta sin receta)” y que deben estar aprobados por la FDA para un uso o propósito en específico.

Código Nacional de Medicamentos (NDC en inglés) hace referencia a un sistema de clasificación nacional para la identificación de medicamentos.

Medicamento de Marca No Preferida hace referencia a un Medicamento de Marca que no aparece en la *Lista de Medicamentos Preferidos* y que está sujeto al Monto de Costos Compartidos de Medicamentos de Marca No Preferida. Esta *Lista de medicamentos preferidos* se encuentra disponible en Nuestro sitio web, www.hioscar.com, o puede acceder a ella llamando al servicio de atención al cliente al número de teléfono 1-855-Oscar-55.

Farmacia Participante hace referencia a una Farmacia minorista independiente, a una cadena de Farmacias minoristas, a una Farmacia de pedido por correo o a una Farmacia de Especialidades Farmacéuticas que acordó con Oscar prestar servicios farmacéuticos a los Participantes según el Plan.

Farmacia hace referencia a un establecimiento con licencia estatal y federal donde se realizan prácticas farmacéuticas, que está separada físicamente del consultorio de un Proveedor y donde un farmacéutico certificado para despachar dispositivos y Medicamentos Recetados al público general de acuerdo con las leyes del estado en donde ejerce como farmacéutico.

Medicamento de Marca Preferida se refiere a un medicamento recetado de marca que aparece en la *Lista de Medicamentos Preferidos* y que está sujeto al Monto de Costos Compartidos de Medicamentos de Marca Preferida. Esta Lista se encuentra disponible en Nuestro sitio web, www.hioscar.com, o puede acceder a ella llamando al servicio de atención al cliente al número de teléfono 1-855-Oscar-55.

Receta hace referencia a un pedido escrito o verbal de parte de un Profesional de la Salud autorizado a un farmacéutico para que despache un medicamento o dispositivo. El Plan no cubre las recetas escritas por un Profesional de la Salud autorizado que se encuentra fuera de los Estados Unidos para suministrar un medicamento en dicho país.

Medicamento Especial hace referencia a un medicamento recetado costoso que cumple alguno de los siguientes criterios:

1. Lo usa una población limitada de pacientes o se usa para Indicaciones limitadas.
2. Generalmente se autoinyecta.
3. Su disponibilidad es limitada, requiere despacho especial o entrega o apoyo al paciente y, por lo tanto, es difícil de obtener por los medios farmacéuticos tradicionales.
4. Requiere procedimientos de reembolso complejos.
5. Una parte considerable del uso y los costos se generan habitualmente en Reclamaciones médicas en los consultorios.

Medicamentos cubiertos

Los beneficios para Medicamentos Cubiertos Necesarios por Razones Médicas recetados para tratar una enfermedad aguda, crónica, degenerativa o potencialmente mortal se encuentran disponibles según el Plan si el medicamento:

1. Fueron aprobados por la FDA para, al menos, una Indicación.
2. Son reconocidos para tratar la Indicación por la cual se los recetó de acuerdo con lo siguiente:
 - a. Un compendio de referencia sobre medicamentos recetados aprobado por el Departamento de Seguros.
 - b. Publicaciones médicas revisadas por pares y ampliamente aceptadas.

Los medicamentos nuevos aprobados por la FDA son elegibles para los beneficios, salvo que el uso previsto de estos quede específicamente excluido según el Plan. Algunos medicamentos equivalentes se fabrican con varias marcas diferentes. En dichos casos, Oscar puede limitar los beneficios a solo una de las marcas equivalentes disponibles. Los beneficios para los Medicamentos Cubiertos están disponibles tal como se indica en el Programa de Beneficios.

Oscar utiliza un Formulario, que es una lista de Medicamentos aprobados por la FDA revisados y recomendados para su uso según la calidad y la rentabilidad que ofrecen. Su cobertura de medicamentos recetados se limita a los medicamentos que se detallan en Nuestro Formulario.

Nosotros elaboramos el Formulario de acuerdo con los hallazgos clínicos y, cuando corresponde, según el costo del Medicamento en relación con otros de su clase terapéutica u otros usados para tratar la misma condición o una condición similar. También se basa en la disponibilidad de medicamentos de venta libre, Medicamentos Genéricos, el uso de un medicamento por sobre otro por parte de Nuestros miembros y, cuando corresponde, determinados motivos clínicos y económicos. Es posible que no se incluyan todas las formas de un Medicamento Recetado en el Formulario. La inclusión de un Medicamento Recetado en el Formulario puede variar según su dosis y administración (p. ej.: oral, inyección, tópica o inhalación). Esto puede tener como consecuencia la cobertura de una de las formas o dosificaciones del Medicamento Recetado, pero no otra. Oscar puede revisar y modificar este Formulario de forma periódica. Para recibir los Medicamentos que no figuran en Nuestro Formulario, consulte la sección **PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN** de esta Póliza.

BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

Oscar puede modificar la cobertura de medicamentos según este Plan siempre que dicha modificación se produzca en el momento de la renovación de la cobertura. La modificación entra en vigor de manera uniforme para todas las Personas Cubiertas por planes idénticos o muy similares, y Oscar avisa por escrito sobre la modificación al comisionado y a cada persona afectada, al menos, 60 días antes de la fecha en que entra en vigor. Le ofreceremos los medicamentos recetados en el nivel de beneficios contratado al menos hasta la Fecha de Renovación de Su Plan.

Si necesita saber si un Medicamento se encuentra en la Lista de Medicamentos Recetados, visite Nuestro sitio web www.hioscar.com o llame al número gratuito 1-855-Oscar-55.

Medicamentos inyectables

Los Medicamentos Inyectables aprobados por la FDA para autoadministración están cubiertos por el Plan. Usted es responsable de pagar cualquier Deducible, Monto de Costos Compartidos y diferencias de precio que puedan aplicarse a los Medicamentos Cubiertos suministrados. Los medicamentos inyectables incluyen, por ejemplo, insulina e Imitrex.

El suministro diario de jeringas y agujas desechables que necesitará para las inyecciones autoadministradas se limitará en cada ocasión a las cantidades apropiadas para las dosis de medicamentos inyectables cubiertos recetados y suministrados, pero no puede exceder las 100 jeringas y agujas por Receta en un período de 30 días.

Suministros para el tratamiento de la diabetes

Los beneficios están disponibles para Suministros para Diabetes Necesarios por Razones Médicas para los que un Profesional de la Salud autorizado realizó una receta. Dichos suministros para diabetes, cuando se obtienen para un Participante calificado (para obtener más información sobre Participantes calificados, consulte la subsección **Beneficios para el tratamiento de la diabetes** de la sección médica de esta Póliza), incluyen, por ejemplo, lo siguiente:

- Tiras reactivas especificadas para usarse con el medidor de glucosa en sangre correspondiente
- Lancetas y dispositivos de punción
- Tiras reactivas para monitorear los niveles de glucosa en orina mediante la lectura visual y tabletas para monitorear los niveles de glucosa, cetonas y proteínas
- Insulina y análogos de insulina
- Dispositivos para la aplicación de inyecciones, como dispositivos que se utilizan para facilitar la inyección de insulina y sistemas sin agujas
- Jeringas de insulina
- Recipientes para desechos con riesgo biológico
- Agentes orales recetados y no recetados para el control del nivel de glucosa en sangre
- Kit de emergencia de glucagón

Usted es responsable de pagar cualquier Deducible, Monto de Costos Compartidos y diferencia

BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

de precio que puedan aplicarse a los productos suministrados.

Vacunas obtenidas en farmacias participantes

Los beneficios para vacunas, como se indica en el Programa de Beneficios, se encuentran disponibles en determinadas Farmacias Participantes que tengan un contrato con Oscar para proporcionar dicho servicio. Para conocer la ubicación de una de estas Farmacias Participantes en Su área, visite nuestro sitio web www.hioscar.com o llame al servicio de atención al cliente al número de teléfono 1-855-Oscar-55. En el momento en que reciba el servicio, presente Su Credencial de Oscar al farmacéutico. Esta lo identificará como Participante del plan de cuidados de salud de Oscar. El farmacéutico le informará el Monto de Costos Compartidos correspondiente, si lo hubiera. Cada Farmacia Participante que tiene un contrato con Oscar para proporcionar este servicio puede aplicar requisitos de edad, programación, etc., por lo que recomendamos que se comunique previamente con la farmacia.

Las vacunas infantiles no están disponibles según este Beneficio Farmacéutico, a menos que las regulaciones estatales establezcan lo contrario. Consulte el Programa de Beneficios para conocer los beneficios disponibles para vacunas infantiles.

Fórmulas dietarias necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria o de otras enfermedades hereditarias.

Hay beneficios disponibles para las fórmulas dietarias necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria o de otras enfermedades hereditarias.

Fórmulas elementales a base de aminoácidos

Hay beneficios disponibles para fórmulas, sin importar el método de entrega de la fórmula, usadas para el diagnóstico y tratamiento de lo siguiente:

1. Alergias mediadas por inmunoglobulina E y no mediadas por ella a varias proteínas alimentarias.
2. Síndromes graves de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias.
3. Trastornos eosinofílicos comprobados por los resultados de una biopsia.
4. Trastornos que afectan la superficie de absorción, la longitud funcional y la motilidad del tubo digestivo.

Se requiere una Receta del Profesional de la Salud.

Beneficios para medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral

Hay beneficios disponibles para medicamentos contra el cáncer Necesarios por Razones Médicas administrados por vía oral utilizados para eliminar células de cáncer o retrasar su crecimiento.

BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

Beneficios de especialidades farmacéuticas

Las Especialidades Farmacéuticas son medicamentos orales o inyectables con requisitos de producción, administración o distribución únicos. Requieren la instrucción especializada del paciente antes del uso y asistencia constante durante el tratamiento. Estos medicamentos recetados deben suministrarse mediante Proveedores de Especialidades Farmacéuticas.

Entre los Medicamentos Recetados considerados Especialidades Farmacéuticas, se incluyen algunos Medicamentos Recetados contra el cáncer administrados por vía oral y aquellos usados para tratar las siguientes condiciones: enfermedad de Crohn, infertilidad, hemofilia, deficiencia de la hormona del crecimiento, virus sincitial respiratorio (RSV en inglés), fibrosis quística, esclerosis múltiple, hepatitis C, artritis reumatoide y enfermedad de Gaucher. Oscar proporcionará una lista completa de Especialidades Farmacéuticas.

Selección de una farmacia

Farmacia participante

Cuando acuda a una Farmacia Participante:

- Presente Su Credencial al farmacéutico junto con Su Receta.
- Proporcione al farmacéutico la fecha de nacimiento y la relación del paciente.
- Firme el registro de Reclamaciones del seguro.

Las Farmacias Participantes acordaron aceptar como pago total el menor de los siguientes:

- Los cargos facturados
- La Cantidad Autorizada
- Otros montos determinados de manera contractual

Usted es responsable de pagar cualquier Deducible, Monto de Costos Compartidos y diferencia de precio, cuando corresponda. Es posible que deba pagar por servicios limitados o no cubiertos. No se necesitan formularios de Reclamación.

Si no está seguro de si una Farmacia es una Farmacia Participante, visite Nuestro sitio web www.hioscar.com o llame al servicio de atención al cliente al número de teléfono 1-855-Oscar-55.

Farmacia no participante

Si le despachan una Receta u obtiene una vacuna cubierta en una Farmacia no Participante, Usted debe pagar a la Farmacia el monto total facturado.

Programa de pedido por correo

El Programa de Pedidos por Correo proporciona la entrega de Medicamentos Cubiertos en Su domicilio particular. Si Usted y Sus Dependientes cubiertos eligen usar el servicio de pedidos por correo, consulte el Programa de Beneficios para conocer los niveles de pago aplicables.

BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

Es posible que algunos medicamentos no estén disponibles mediante el Programa de Pedidos por Correo. Si tiene alguna pregunta en relación con este programa de pedidos por correo, si necesita asistencia para conocer el monto de Su pago o si necesita obtener el formulario de pedido por correo de Medicamentos Recetados, visite Nuestro sitio web www.hioscar.com o llame al servicio de atención al cliente al número de teléfono 1-855-Oscar-55. Envíe por correo el formulario completo, Sus Recetas y el pago a la dirección que se indica en el formulario.

Sus costos

Montos de costos compartidos

En el Programa de Beneficios, se indican los Montos de Costos Compartidos para las Farmacias Participantes. El monto que Usted debe pagar depende del Medicamento Cubierto suministrado. Si el Medicamento Cubierto despachado es uno de los siguientes:

1. **Medicamento Genérico**, Usted paga el Monto de Costos Compartidos para Medicamentos Genéricos.
2. **Medicamento de Marca Preferida** Usted paga el Monto de Costos Compartidos para Medicamentos de Marca Preferida.
3. **Medicamento de Marca No Preferida** Usted paga el Monto de Costos Compartidos para Medicamentos de Marca No Preferida.

Si la Cantidad Autorizada del Medicamento Cubierto es inferior al Monto de Costos Compartidos, el Participante pagará el costo menor.

Cómo se aplica la diferencia de precios entre medicamentos de marca preferida

Si no existe un Medicamento Genérico para la Receta de Su Medicamento de Marca Preferida, Usted no abonará más que el Monto de Costos Compartidos para el Medicamento de Marca Preferida correspondiente. Si Usted recibe un Medicamento de Marca Preferida cuando se encuentra disponible un Medicamento Genérico, Su monto de pago será el total combinado de lo siguiente:

1. El Monto de Costos Compartidos para el Medicamento de Marca Preferida **más**
2. La diferencia de Cantidad Autorizada entre el Medicamento de Marca Preferida y el Medicamento Genérico

Si no existe un Medicamento Genérico para la Receta de Su Medicamento de Marca no Preferida, Usted no abonará más que el Monto de Costos Compartidos para el Medicamento de Marca no Preferida correspondiente. Si Usted recibe un Medicamento de Marca No Preferida cuando se encuentra disponible un Medicamento Genérico, Su monto de pago será el total de lo siguiente:

1. El Monto de Costos Compartidos para el Medicamento de Marca Preferida **más**

2. La diferencia de Cantidad Autorizada entre el Medicamento de Marca no Preferida y el Medicamento Genérico

Cupones, reembolsos u otros descuentos para medicamentos

Los fabricantes de medicamentos pueden ofrecer a los Participantes cupones, reembolsos y otros descuentos para medicamentos, lo que puede afectar los beneficios proporcionados según este Plan. El total de beneficios por pagar no superará el saldo de la Cantidad Autorizada después de haber aplicado todos los cupones, reembolsos y otros descuentos para medicamentos. El Participante acepta reembolsar a Oscar los montos excedentes para los beneficios que le pagamos y para los que Usted no es elegible debido a la solicitud de los cupones, reembolsos u otros descuentos para medicamentos.

Acerca de sus beneficios

Lista de medicamentos preferidos

Un Medicamento de Marca Preferida está sujeto al Monto de Costos Compartidos para Medicamentos de Marca Preferida más cualquier diferencia de precio que pueda aplicarse al Medicamento Cubierto que Usted recibe. Los medicamentos que están en la *Lista de medicamentos preferidos* de Oscar. Esta lista se elabora utilizando monografías escritas por la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association), la entidad que regula las farmacias de cuidados administrados (Academy of Managed Care Pharmacy) y otras organizaciones farmacéuticas y médicas, en las que se describen los resultados clínicos, la eficacia de los medicamentos y los perfiles de efectos secundarios.

Oscar revisa y ajusta periódicamente la *Lista de medicamentos preferidos* para modificar el estado de los Medicamentos de Marca Preferida o No Preferida existentes o nuevos. Los cambios de esta lista se implementan el día en que se cumple un año de la Fecha de Entrada en Vigor. Se presentará la *Lista de medicamentos preferidos* y sus modificaciones a los Participantes. Los Participantes pueden visitar Nuestro sitio web www.hioscar.com o llamar al servicio de atención al cliente al número de teléfono 1-855-Oscar-55 para saber si un medicamento específico se encuentra en la *Lista de medicamentos preferidos*. Los medicamentos que no aparecen en la *Lista de medicamentos preferidos* están sujetos al Monto de Costos Compartidos para Medicamentos de Marca No Preferida más cualquier diferencia de precio que pueda aplicarse al Medicamento Cubierto que Usted recibe.

Suministro diario

Los beneficios para los Medicamentos Cubiertos se proporcionan hasta el límite máximo de suministro diario como se indica en el Programa de Beneficios o Formulario. Los Montos de Costos Compartidos aplicables para el suministro diario designado de medicamentos también se indican en el Programa de Beneficios. Oscar tiene derecho a determinar el suministro diario. El pago de los beneficios cubiertos según este Plan puede denegarse si los medicamentos se suministran o entregan con la intención de modificar o eludir el límite máximo

establecido para el suministro diario.

Si saldrá del país o necesita prolongar el suministro del medicamento, llame al servicio de atención al cliente, al menos, dos semanas antes de Su fecha de viaje. La prolongación de suministros o la anulación por vacaciones no están disponibles mediante Farmacias para pedidos por correo, pero pueden aprobarse en Farmacias minoristas únicamente. En algunos casos, es posible que Usted deba presentar un comprobante de elegibilidad de inscripción continua según el Plan.

Límites en la relación entre cantidad y tiempo

La cantidad máxima de un determinado medicamento recetado indica la cantidad de unidades que se deben suministrar y se determina según la información médica pertinente y la eficacia y seguridad clínicas. Las cantidades de algunos medicamentos son limitadas, sin importar la cantidad que solicite el Profesional de la Salud. Para saber si un medicamento específico está sujeto a este límite, visite Nuestro sitio web www.hioscar.com o llame al servicio de atención al cliente al número de teléfono 1-855-Oscar-55.

Si se emite una Receta para una determinada cantidad de medicamento para administrarse en un período indicado por un Profesional de la Salud, la Receta solo estará cubierta para una cantidad de medicamento predeterminada y clínicamente adecuada para dicho período. Los límites de suministro se basan en las recomendaciones sobre posología de la FDA y las pautas clínicas reconocidas en el ámbito nacional.

Si requiere una Receta que supere el límite de suministro establecido por Oscar, solicite a Su Profesional de la Salud que envíe una solicitud de revisión clínica en Su nombre. El Profesional de la Salud puede obtener un formulario de solicitud de anulación en Nuestro sitio web www.hioscar.com o llamando al servicio de atención al cliente al número de teléfono 1-855-Oscar-55. Se debe enviar a Oscar toda la información médica pertinente junto con el formulario completo. La solicitud será aprobada o rechazada después de que se evalúe la información clínica enviada. Oscar tiene derecho a determinar los límites de suministro. El pago de los beneficios cubiertos según este Plan puede denegarse si los medicamentos se suministran con la intención de modificar o eludir el límite de cantidad máxima establecido.

Tratamiento escalonado

La cobertura de algunos medicamentos recetados designados puede estar sujeta a un programa de tratamiento gradual. Los programas de tratamiento gradual favorecen el uso de medicamentos alternativos clínicamente aceptables que puedan ser menos costosos para Usted antes de pasar a los medicamentos de la lista de medicamentos de tratamiento gradual que se cubren según el Plan.

BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

Cuando presenta una Receta en una Farmacia Participante para uno de estos medicamentos designados, el Farmacéutico recibe una alerta si la revisión en línea de Su historial de Reclamaciones de medicamentos recetados indica que aún no probó un medicamento alternativo aceptable. Usted y Su Profesional de la Salud pueden encontrar en Nuestro sitio web www.hioscar.com una lista de los medicamentos de tratamiento escalonado y las alternativas posibles.

Autorizaciones previas

La cobertura de algunos medicamentos recetados designados está sujeta a criterios de autorización previa. Esto significa que para asegurarse de que un medicamento es seguro, eficaz y parte de un plan de tratamiento específico, ciertos medicamentos pueden requerir autorización previa y la evaluación de información clínica adicional antes de suministrarlo. Para conocer la lista de los medicamentos que requieren autorización previa, Usted y Su Profesional de la Salud pueden visitar Nuestro sitio web www.hioscar.com o llamar al servicio de atención al cliente al número de teléfono 1-855-Oscar-55.

Cuando presenta una Receta en una Farmacia Participante para uno de estos medicamentos designados, el Farmacéutico recibe una alerta en línea si Su Receta figura en la lista de medicamentos que requieren autorización previa para despacharla. Si esto sucede, Su Profesional de la Salud deberá enviar un formulario de autorización. Su Profesional de la Salud también puede enviarlo antes de realizar la solicitud a la Farmacia. Para obtener el formulario de autorización, el Profesional de la Salud puede visitar Nuestro sitio web www.hioscar.com o llamar al servicio de atención al cliente al número de teléfono 1-855-Oscar-55. La cobertura del medicamento solicitado puede aprobarse o rechazarse según el Plan de acuerdo con sus criterios clínicos establecidos.

Derecho de apelación

Si se rechaza una Receta debido a los límites de suministro en relación con la cantidad y el tiempo, los criterios del tratamiento escalonado o los criterios de autorización previa con la presentación de documentación clínica por parte del Profesional de la Salud autorizado o sin ella, Usted tiene derecho de apelación como se indica en la subsección **Revisión de decisiones de reclamación** de esta Póliza.

Limitaciones y exclusiones

Los Beneficios Farmacéuticos no están disponibles para lo siguiente:

1. Los medicamentos que por ley no requieren Receta de un Proveedor o de un Profesional de la Salud autorizado (**excepto** insulina, análogos de la insulina, plumas de insulina y agentes orales recetados o no recetados para controlar los niveles de azúcar en sangre y vacunas suministradas mediante determinadas Farmacias Participantes, como se muestra en el Programa de Beneficios); y los Medicamentos Recetados o dispositivos cubiertos por los que no se obtiene una Receta válida.

BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

2. Dispositivos o equipos médicos duraderos (DME en inglés) de cualquier tipo (aunque dichos dispositivos requieran una Receta), por ejemplo, dispositivos terapéuticos, como prendas de compresión y otras sustancias no medicinales, prótesis o dispositivos similares (excepto agujas hipodérmicas desechables y jeringas para inyecciones autoadministradas, y aquellos dispositivos indicados como suministros para diabetes).
3. Aplicación o inyección de cualquier medicamento.
4. Vitaminas (**excepto** aquellas vitaminas que por ley requieren una Receta y para las cuales **no** existe una alternativa sin receta).
5. Medicamentos despachados en el consultorio de un Médico o Profesional de la Salud autorizado o durante la internación mientras el paciente está en un Hospital u otro centro médico o establecimiento de cuidados agudos, incluidos medicamentos para llevar y medicamentos despachados en una residencia de ancianos o centro o establecimiento de custodia o de cuidados crónicos.
6. Medicamentos Cubiertos, dispositivos u otros servicios o suministros de Farmacia proporcionados o disponibles en relación con una enfermedad o lesión laboral sufrida en el trabajo y durante el curso de un empleo, independientemente de si recibe beneficios, o de si pudiera recibirlos al interponer la reclamación apropiada, en virtud de la Ley de Seguro de Accidentes Laborales.
7. Medicamentos cubiertos, dispositivos u otros servicios o suministros de Farmacia para los cuales hay beneficios o para los que podrían obtenerse beneficios al interponer una reclamación apropiada en virtud de cualquier ley vigente o futura promulgada por la Legislatura de cualquier estado, o por el Congreso de los Estados Unidos, o las leyes, reglamentos o procedimientos establecidos de cualquier condado o municipio, excepto cualquier programa que sea un plan estatal para asistencia médica (Medicaid), o cualquier medicamento recetado que se pueda obtener apropiadamente sin cargo en virtud de programas locales, estatales o federales, salvo que dicha exclusión esté expresamente prohibida por ley, siempre y cuando, no obstante, las exclusiones de esta sección no se deban aplicar a ninguna cobertura que tenga el Participante por gastos de medicamentos recetados que esté establecida como parte de cualquier póliza de seguro de accidente automovilístico o en conjunto con esta.
8. Cualquier servicio especial proporcionado por la Farmacia, como asesoramiento y entrega. Las vacunas que se muestran en el Programa de Beneficios que le corresponda, suministradas a través de determinadas Farmacias Participantes, son una excepción a esta exclusión.
9. Medicamentos orales e inyectables para infertilidad y fertilidad.
10. Enjuagues bucales con fluoruro o antisépticos recetados, colutorios o soluciones o preparados tópicos orales, excepto los que se proveen en la enmienda de cuidados odontológicos pediátricos.

BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

11. Medicamentos que la ley requiere que estén rotulados con la siguiente leyenda: "Caution - Limited by Federal Law to Investigational Use" (Precaución, uso limitado por la ley federal para fines de investigación), o medicamentos experimentales, aunque se aplique un cargo por los medicamentos.
12. Medicamentos despachados en cantidades excesivas de las cantidades de suministro diarias estipuladas en el Programa de Beneficios o como se muestra en el [Suministro diario](#) de esta Póliza, o renovación de cualquier receta en exceso del número de renovaciones especificado por el Médico o Profesional de la Salud autorizado o que disponga la ley, o cualquier fármaco o medicamento despachado más de un año después de la fecha de la Receta.
13. Los Medicamentos Recetados que no están aprobados por la FDA para un uso o propósito particular, o cuando se usan para un propósito diferente de aquel para el cual la FDA los aprobó, excepto que así lo exija una ley o una reglamentación.
14. Fluidos, soluciones, nutrientes o medicamentos (incluidos todos los aditivos y quimioterapia) utilizados o previstos para utilizar mediante infusión intravenosa o gastrointestinal (intestinal) o por infusión intravenosa, intramuscular (en el músculo), salvo que sea aprobado por la FDA para autoadministración, intratecal (en la columna vertebral) o intrarticular (en la articulación), para administración en el hogar. NOTA: Esta excepción no se aplica a fórmulas dietarias necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU en inglés) o de otras enfermedades hereditarias. Esta excepción tampoco se aplica a fórmulas elementales basadas en aminoácidos, independientemente del método de entrega de la fórmula, utilizadas para el diagnóstico y el tratamiento de alergias mediadas por inmunoglobulina E y no mediadas por ella a varias proteínas alimentarias, síndromes graves de enterocolitis inducida por proteínas de los alimentos, trastornos eosinofílicos comprobados por los resultados de una biopsia, y trastornos que afectan la superficie de absorción, la extensión funcional y la motilidad del tubo digestivo. Se requiere una Receta del Profesional de la Salud.
15. Medicamentos recetados y despachados para el tratamiento de la obesidad o para uso en cualquier programa de reducción de peso, pérdida de peso, control nutricional, excepto para asesoramiento en materia de alimentación saludable y detección y asesoramiento relacionados con la obesidad, según pueda estar dispuesto en los Servicios de Prevención.
16. Medicamentos cuyo uso o uso previsto sería ilegal, no ético, imprudente, abusivo, no Necesario por Razones Médicas, o inapropiado de algún otro modo.
17. Medicamentos obtenidos mediante uso no autorizado, fraudulento, abusivo o inapropiado de la Credencial.
18. Medicamentos utilizados o previstos para ser utilizados en el tratamiento de una condición, náuseas, enfermedad, lesión o disfunción corporal que el Plan no cubre o para los que los beneficios se agotaron.

BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

19. Rogaine, minoxidil o cualquier otro fármaco, medicamento, solución o preparado farmacéutico utilizados o previstos para ser utilizados en el tratamiento de la alopecia, adelgazamiento del cabello, o cualquier condición relacionada, ya sea para facilitar o promover el crecimiento del cabello, para reemplazar el cabello caído, u otra finalidad.
20. Drogas compuestas que no cumplen con la definición de Medicamentos Compuestos.
21. Medicamentos cosméticos usados principalmente para mejorar el aspecto, por ejemplo, la corrección de arrugas y el envejecimiento de la piel.
22. Recetas para las cuales hay disponibles productos de venta libre con los mismos ingredientes activos en la misma concentración, salvo que esté determinado de otra manera en el Plan.
23. Retin-A o fármacos tópicos farmacológicamente similares.
24. Medicamentos para aumentar el rendimiento atlético.
25. Medicamentos para tratar la disfunción sexual, por ejemplo, citrato de sildenafil (Viagra), fentolamina (Regitine), alprostadilo (Prostin, Edex, Caverject) y apomorfina en forma oral o tópica. Sin embargo, estos medicamentos se pueden cubrir si no se los prescribe para tratar una disfunción sexual.
26. Suero para alergia y sustancias para pruebas de alergia aparte de una prueba de alergia de paciente ambulatorio indicada por un Proveedor Participante.
27. Medicamentos inyectables, excepto Especialidades Farmacéuticas o aquellos medicamentos aprobados por la FDA para su autoaplicación.
28. Recetas que no cumplen con los criterios de los pasos de tratamiento requeridos.
29. Recetas que no cumplen con los criterios requeridos de autorización previa.
30. Algunos medicamentos equivalentes fabricados bajo varias marcas. Oscar puede limitar los beneficios a solo una de las marcas de los medicamentos equivalentes disponibles. Si Usted no acepta la marca que cubre este Plan, el Medicamento de Marca adquirido no será cubierto en ningún nivel de beneficios.
31. Reemplazo de medicamentos u otros productos que hayan sido extraviados, robados, destruidos o momentáneamente perdidos.
32. Gastos de envío, manejo o entrega.
33. Medicamentos vueltos a empaquetar por cualquiera que no sea el fabricante original.
34. Recetas escritas por un familiar directo o por Usted mismo.

PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN

Oscar revisa ciertos servicios de salud para determinar si son o fueron Necesarios por Razones Médicas, o si se prestaron con fines Experimentales o En Investigación. Este proceso se denomina “Revisión de Utilización”. La Revisión de Utilización incluye todas las actividades de revisión, ya sea que tengan lugar antes de que se presten los servicios (Preautorización), mientras se presta el servicio (simultáneo) o después de que el servicio se prestó (retrospectivo). Sin embargo, la autorización no garantiza el pago de beneficios. La disponibilidad real de beneficios siempre está sujeta a otros requisitos del Plan, tales como limitaciones y exclusiones, pago de la prima, calidad del Proveedor de servicios de salud como Proveedor dentro de la Red, elegibilidad en el momento en que se brindan los cuidados y se prestan los servicios.

Preautorización

Para cumplir los requisitos de Preautorización, Usted, Su Médico, Su Proveedor de servicios o un familiar debe llamar a Oscar al número 1-855-Oscar-55 en días laborables entre las 8 a. m. y las 8 p. m. CT. Todos los horarios para solicitudes de autorización se proporcionan en cumplimiento de los reglamentos estatales y federales.

Los Beneficios dentro de la Red estarán disponibles si recurre a un Proveedor de la Red o un Proveedor Especialista de la Red. Los Proveedores de la Red pueden preautorizar servicios para Usted, cuando sea necesario, pero es Su responsabilidad garantizar que se cumplan los requisitos para la Preautorización.

Sin embargo, si los cuidados no están disponibles por parte de los Proveedores de la Red según lo que determine Oscar, y Oscar autoriza Su consulta a un Proveedor fuera de la Red que deberá ser cubierto en el nivel de Beneficios dentro de la Red **antes de la consulta**, se pagarán Beneficios dentro de la Red. Consulte la sección **CÓMO FUNCIONA EL PLAN** de esta Póliza para obtener más información.

Los siguientes tipos de servicios requieren Preautorización:

- Toda Admisión Hospitalaria que no derive de servicios de emergencia, **excepto** la internación por Cuidados de Maternidad que se mencionan a continuación:
 - 48 horas posteriores a un parto natural sin complicaciones
 - 96 horas posteriores a un parto por cesárea sin complicaciones
- *Nota: Las Admisiones Hospitalarias están sujetas a revisión en este momento.*
- Gastos de Cuidados Extendidos (incluye enfermería especializada, Cuidados de Salud en el Hogar y Cuidados Paliativos)
- Terapia de Infusión en el Hogar
- Todo tratamiento para pacientes internados por Dependencia Química, Enfermedad Mental Grave y Cuidados de Salud Mental
- Si se traslada a otro centro o a una unidad de especialidad dentro del mismo centro

PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN

- Cirugía Estética, Reconstructiva o Plástica
- DME y órtesis o prótesis con un costo anual superior a \$500
- Servicios del habla y la audición, específicamente terapia del habla e implantes cocleares
- Los siguientes tratamientos ambulatorios de Dependencia Química, Enfermedad Mental Grave y Cuidados de Salud Mental:
 - Paciente internado
 - Residencial
 - Programas de hospitalización parcial
 - Tratamiento electroconvulsivo
 - Pruebas psicológicas
 - Nota: Cinco horas o menos requieren aviso
 - Visitas extendidas por tratamiento ambulatorio (50 minutos de duración o más)
 - Análisis conductual aplicado
 - Estimulación magnética transcraneal
 - Tratamiento asistido por medicación para el trastorno por uso de sustancias
 - Programa de tratamiento intensivo para Pacientes Ambulatorios
 - [Programas intensivos para pacientes ambulatorios](#) hace referencia a un programa independiente o basado en Hospital que proporciona servicios por al menos tres horas diarias, dos o más días por semana, para tratar enfermedades mentales, adicciones a drogas o abuso de sustancias o alcoholismo, o que se especializa en el tratamiento de enfermedades mentales coexistentes con la adicción a las drogas, el abuso de sustancias o el alcoholismo. Estos programas ofrecen evaluación integrada y alineada, tratamiento y servicios de planificación de alta para tratamientos de condiciones graves o complejas coexistentes que hacen que sea poco probable que los Participantes se beneficien de programas que se centran únicamente en las condiciones de salud mental.

Determinados servicios para pacientes ambulatorios que entran en una de las siguientes categorías también pueden requerir Preautorización. Usted o Su Proveedor pueden llamar a Oscar al número de teléfono 1-855-Oscar-55 o visitar Nuestro sitio web www.hioscar.com para corroborar si un servicio o procedimiento específico requiere Preautorización.

- Cirugía bariátrica o gástrica
- Diagnóstico por imágenes complejas, p. ej., resonancia magnética nuclear (MRI en inglés), angiografía por resonancia magnética (MRA en inglés), tomografía computada (CT en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET en inglés), ecocardiografía
- Pruebas genéticas
- Oxígeno hiperbárico
- Servicios para infertilidad
- Terapia de Infusión
- Oncología radioterápica o médica

PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN

- Manejo del dolor
- Rehabilitación de paciente ambulatorio (p. ej.: fisioterapia, terapia ocupacional, quiropraxia)
- Diagnóstico y terapias del sueño

Preautorización para admisión hospitalaria

En caso de una Admisión Hospitalaria optativa, la llamada para Preautorización se debe hacer por lo menos dos (2) días laborables antes de que Usted sea admitido, salvo que esto demore los Cuidados de Emergencia. En una emergencia, la Preautorización se debe hacer dentro de los dos (2) días laborables posteriores a la admisión, o con posterioridad tan pronto como sea posible, dentro de lo razonable.

Cuando se preautoriza una Admisión Hospitalaria, se asigna la duración de la estancia. Se requiere que el Plan cubra una estancia mínima en un Hospital para lo siguiente:

- Tratamiento del cáncer de mama
 - 48 horas posteriores a una mastectomía
 - 24 horas posteriores a una disección de ganglio linfático

Si requiere una estancia más prolongada que la preautorizada en primer término, Su Proveedor puede solicitar una extensión por los días adicionales. Debe hacerlo antes de que la estancia inicial finalice. **No** habrá beneficios disponibles para gastos de habitación y comidas por días no necesarios por razones médicas.

Preautorización para gastos de cuidados extendidos y terapia de infusión en el hogar Para obtener la Preautorización para Gastos de Cuidados Extendidos y Terapia de Infusión en el Hogar, la agencia o el centro médico que proporcionan los servicios deben comunicarse con Oscar para solicitarla. La solicitud debe hacerse con las siguientes condiciones:

- Antes de iniciar los Gastos de Cuidados Extendidos o la Terapia de Infusión en el Hogar
- Cuando se requiera una extensión del servicio preautorizado inicialmente

Oscar revisará la información enviada antes del comienzo de los Gastos de Cuidados Extendidos o la Terapia de Infusión en el Hogar, y le enviará a Usted y a la agencia o al centro médico una confirmación por escrito de la Preautorización o el rechazo de los beneficios. Si los Gastos por Cuidados Extendidos o la Terapia de Infusión en el Hogar se van a realizar en menos de una semana, la agencia o el centro médico deben comunicarse con Oscar llamando al número 1-855-Oscar-55.

Si Oscar avisó que los beneficios solicitados para el plan de tratamiento serán denegados sobre la base de la información enviada, las Reclamaciones serán rechazadas.

Preautorización para dependencia química, enfermedad mental grave y cuidados de salud mental

Para poder recibir los beneficios máximos, todo tratamiento para pacientes internados por Dependencia Química, Enfermedad Mental Grave y Cuidados de Salud Mental debe ser Preautorizado por el Plan. La Preautorización también se requiere para ciertos servicios para pacientes ambulatorios. Los servicios para pacientes ambulatorios que requieren Preautorización incluyen pruebas psicológicas, Pruebas Neuropsicológicas, Programas Intensivos para Pacientes Ambulatorios y tratamiento electroconvulsivo. No se requiere Preautorización para consultas de tratamiento a un Médico, un Profesional de Salud Mental u Otro Proveedor Profesional.

Para cumplir con los requisitos de Preautorización, Usted, un familiar o Su Profesional de Salud Mental deben llamarnos al número de teléfono 1-855-Oscar-55. Todos los horarios para solicitudes de Preautorización se proporcionan en cumplimiento de los reglamentos estatales y federales aplicables.

Cuando se Preautoriza el tratamiento o el servicio, se asigna la extensión de la estancia o del servicio. Si requiere una estancia o un servicio más prolongados que lo Preautorizado en primer término, Su Profesional de Salud Mental debe solicitar una extensión por los días o las consultas adicionales. No habrá beneficios disponibles para tratamientos o servicios no necesarios por razones médicas.

Falta de preautorización

Si Su Proveedor no obtiene la Preautorización para Admisión Hospitalaria, Gastos de Cuidados Extendidos, Terapia de Infusión en el Hogar, toda internación y el tratamiento ambulatorio especificado más arriba de Dependencia Química, Enfermedad Mental Grave y Cuidados de Salud Mental, sucederá lo siguiente:

- Se puede reducir el pago al Proveedor en hasta un máximo del 50% o se aplicará una multa de tasa fija de hasta \$500.
- Además, Oscar revisará la Necesidad Médica de Su tratamiento o servicio antes de la determinación final del beneficio.

Si una Admisión Hospitalaria, Gasto de Cuidados Extendidos, Terapia de Infusión en el Hogar, cualquier tratamiento de Dependencia Química, Enfermedad Mental Grave y Cuidados de Salud Mental, o extensión de cualquier tratamiento o servicio que se describe más arriba no se autoriza y se determina que dicho tratamiento, servicio o extensión no era Necesario por Razones Médicas o era Experimental o estaba En Investigación, los beneficios se pueden reducir o denegar.

Solicitud de una revisión de preautorización

Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a una Revisión de Preautorización, tomaremos una decisión y le notificaremos a Usted (o a quien Usted designe) y a Su Proveedor, por teléfono y por escrito, dentro de los tres (3) días laborables posteriores a la recepción de la solicitud.

Si necesitamos más información, la solicitaremos dentro de los tres (3) días laborables. Usted o Su Proveedor tendrán 45 días calendario para enviarla. Si recibimos la información solicitada dentro de los 45 días, tomaremos una decisión y le daremos aviso a Usted (o a quien Usted designe) y a Su Proveedor, por teléfono y por escrito, dentro de los tres (3) días laborables posteriores a la recepción de la información. Si no recibimos toda la información necesaria dentro de los 45 días, tomaremos una decisión dentro de los 15 días calendario de finalizado el período de 45 días.

Revisión de preautorización urgente

Con relación a solicitudes de Preautorización urgentes, si tenemos toda la información necesaria para tomar una decisión, la tomaremos y le notificaremos a Usted (o a quien Usted designe) y a Su Proveedor por teléfono dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Se proporcionará un aviso por escrito dentro de los tres (3) días laborables de la recepción de la solicitud. Si necesitamos más información, la solicitaremos dentro de las 24 horas. Usted o Su Proveedor tendrán 48 horas para enviarla. Tomaremos una decisión y le notificaremos a Usted (o a quien Usted designe) y a Su Proveedor, por teléfono, dentro de las 48 horas de Nuestra recepción de la información, o al final del período de 48 horas. Se proporcionará un aviso por escrito dentro de los tres (3) días laborables de Nuestra recepción de la información o dentro de los tres (3) días calendario posteriores al aviso verbal, lo que ocurra primero.

Revisión expeditiva para acceder a medicamentos recetados que no están en el formulario

Si Usted o un Dependiente cubierto necesita acceder a medicamentos clínicamente adecuados que no están cubiertos por Su Plan, Usted, la persona que designe o el Proveedor que haya indicado el medicamento puede solicitar una revisión expeditiva por las circunstancias urgentes. Haremos una determinación de cobertura y se la comunicaremos a Usted, a la persona que designe o a el Proveedor que haya indicado el medicamento (u a Otro Proveedor, según corresponda) dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si otorgamos una excepción por la situación de urgencia, le proveeremos cobertura del medicamento que no está en el Formulario mientras la situación sea una urgencia.

Las circunstancias de urgencia son las que cumplen con las siguientes condiciones:

- Usted o un Dependiente Cubierto están sufriendo por una condición de salud que pone en serio riesgo su vida, salud o capacidad de volver a tener la función total, o la de su Dependiente Cubierto.
- Cuando Usted o su Dependiente cubierto se están sometiendo a un tratamiento con un medicamento que no está en el Formulario.

Revisión simultánea

Los siguientes tipos de servicios requieren revisión simultánea:

- Toda Admisión Hospitalaria
- Gastos de Cuidados Extendidos (incluye enfermería especializada, Cuidados de Salud en el Hogar y Cuidados Paliativos)
- Terapia de Infusión en el Hogar
- Todo tratamiento para pacientes internados por Dependencia Química, Enfermedad Mental Grave y Cuidados de Salud Mental
- Cualquier otro servicio para el que se haya asignado una duración de estancia durante la Revisión de Utilización previa

Solicitud de una revisión simultánea

Se tomarán decisiones de Revisión de Utilización por servicios durante el curso de los cuidados (revisiones simultáneas), y se le notificará a Usted (o a quien Usted designe), por teléfono y por escrito, dentro de un (1) día laborable posterior a la recepción de toda la información necesaria. Si necesitamos más información, la solicitaremos dentro de un (1) día laborable. Usted o Su Proveedor tendrán 45 días calendario para enviarla. Tomaremos una decisión y le daremos aviso a Usted (o a quien Usted designe), por teléfono y por escrito, dentro de un (1) día laborable posterior a Nuestra recepción de la información o, en caso de no recibirla, dentro de un (1) día laborable de finalizado el período de 45 días.

Revisiones simultáneas de urgencia

Para revisiones simultáneas que comprendan una extensión de cuidados de urgencia, si la solicitud de cobertura se realiza, al menos, 24 horas antes del vencimiento de un tratamiento aprobado previamente, tomaremos una decisión y se la notificaremos a Usted (o a quien Usted designe), por teléfono, dentro de las 24 horas de la recepción de la solicitud. Se proporcionará un aviso por escrito dentro de un (1) día laborable de la recepción de la solicitud.

Si la solicitud de cobertura no se realiza, al menos, 24 horas antes del vencimiento de un tratamiento aprobado previamente, y Nosotros tenemos toda la información necesaria para tomar una decisión, la tomaremos y se la notificaremos por escrito a Usted (o a quien Usted designe) dentro de las 72 horas o un (1) día laborable posterior a la recepción de la solicitud, lo que ocurra primero. Si necesitamos más información, la solicitaremos dentro de las 24 horas. Usted o Su Proveedor tendrán 48 horas para enviarla. Tomaremos una decisión y se la notificaremos a Usted (o a quien Usted designe), por escrito, dentro de un (1) día laborable o de las 48 horas de recibida la información, lo que ocurra primero; o, en caso de no recibirla, dentro de las 48 horas de finalizado el período de 48 horas.

Revisión retrospectiva

Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a una Reclamación retrospectiva, tomaremos una decisión y se la notificaremos dentro de los 30 días calendario de la recepción de la solicitud. Si necesitamos más información, la solicitaremos dentro de los 30 días calendario. Usted o Su Proveedor tendrán 45 días calendario para proporcionarla. Tomaremos una decisión y se la notificaremos por escrito dentro de los 15 días calendario posteriores a Nuestra recepción de la información o a la finalización del período de 45 días, lo que ocurra primero.

Revisión retrospectiva de servicios preautorizados

Solo podremos revertir un tratamiento, servicio o procedimiento preautorizado en una revisión retrospectiva cuando se presenten las siguientes situaciones:

1. La información médica pertinente presentada a Nosotros en el momento de la revisión retrospectiva es sustancialmente distinta de la información presentada durante la revisión de Preautorización.
2. La información médica pertinente presentada a Nosotros en el momento de la revisión retrospectiva existía en el momento de la Preautorización, pero fue retenida o no se puso a Nuestra disposición.
3. No tuvimos conocimiento de la existencia de dicha información en el momento de la revisión de Preautorización.
4. Si lo hubiéramos tenido, el tratamiento, servicio o procedimiento solicitado no se habría autorizado. La decisión se toma usando los mismos estándares, criterios o procedimientos específicos que se usaron durante la revisión de Preautorización.

Reconsideración

Si no intentamos consultar a Su Proveedor antes de tomar una Decisión Adversa, este puede solicitar una reconsideración por el mismo revisor especialista clínico que tomó la Decisión Adversa. Para Preautorizaciones y revisiones simultáneas, la reconsideración se realizará dentro de un (1) día laborable de la solicitud de reconsideración. Si la Decisión Adversa se mantiene, se notificará a Usted y a Su Proveedor de tal situación por teléfono y por escrito.

Apelaciones internas de revisión de utilización

Una vez que tengamos toda la información necesaria, si no tomamos una decisión de Revisión de Utilización dentro de los períodos aplicables establecidos anteriormente, tal falta se considerará una Decisión Adversa sujeta a una apelación interna.

PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN

Usted, la persona que designe y, en casos de revisión retrospectiva, Su Proveedor pueden solicitar una apelación interna de una decisión adversa, ya sea por teléfono al número 855-Oscar-55, por fax o por escrito a la dirección P.O. Box 52146 Phoenix AZ, 85072-2146. Acusaremos recibo de la solicitud de una apelación interna dentro de los 15 días calendario de su recepción. Por medio de este acuse de recibo, se le informará todo dato adicional que sea necesario para que se pueda tomar una decisión. Presentará la apelación un revisor especialista clínico que es Médico o Profesional de la Salud en la misma especialidad o en una especialidad similar a la del Proveedor, que generalmente atiende las enfermedades o condiciones de que se trata y que no es un subordinado del revisor especialista clínico que tomó la primera Decisión Adversa.

Apelación estándar

Apelación de Preautorización. Si Su apelación se relaciona con una solicitud de Preautorización, decidiremos la Apelación dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de apelación. Se le proporcionará a Usted (o a quien Usted designe) y, cuando corresponda, a Su Proveedor un aviso por escrito dentro de los dos (2) días laborables posteriores a la toma de la decisión, pero no más tarde de 30 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.

Apelación retrospectiva. Si Su Apelación se relaciona con una Reclamación retrospectiva, decidiremos la apelación dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de apelación. Se le proporcionará a Usted (o a quien Usted designe) y, cuando corresponda, a Su Proveedor un aviso por escrito dentro de los dos (2) días laborables posteriores a la toma de la decisión, pero no más tarde de 60 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.

Apelación acelerada. Se atenderá de manera acelerada una apelación de una revisión de servicios de cuidados de salud continuados o extendidos, servicios adicionales prestados en el curso de un tratamiento continuado, Servicios de Cuidados de Salud en el Hogar posteriores al alta de una Admisión Hospitalaria, servicios en los que un Proveedor solicita una revisión inmediata, o cualquier otra situación urgente. Una apelación acelerada no está disponible para revisiones retrospectivas. Para una apelación acelerada, Su Proveedor tendrá acceso razonable al revisor especialista clínico asignado a la apelación dentro de un (1) día laborable de la recepción de la solicitud de apelación. Su Proveedor y un revisor especialista clínico podrán intercambiar información por teléfono o por fax. Una apelación acelerada se determinará dentro de las 72 horas de la recepción de la apelación o dos (2) días laborables posteriores a la recepción de la información necesaria para interponer la apelación, lo que ocurra primero.

En el caso de no presentar una decisión ante Su apelación dentro de los 60 días calendario de recibida la información necesaria para interponer una apelación estándar, o dentro de los dos (2) días laborables de recibida la información necesaria para una apelación acelerada, tal omisión de Nuestra parte significará la revocación de la Decisión Adversa inicial.

Si necesita asistencia

Si tiene preguntas acerca de los procedimientos de apelación o del procedimiento de revisión, llámenos al número 1-855-Oscar-55. La línea de servicio de atención al cliente de Oscar está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. CT. O escríbanos a la siguiente dirección:

Oscar
P.O. Box 52146
Phoenix AZ,85072-2146

Cómo apelar una decisión adversa final interna ante una organización de revisión independiente (IRO en inglés)

Una [Decisión Adversa](#) significa una determinación por parte de Oscar o su organización de revisión de utilización designada de que los servicios de cuidados de salud proporcionados o propuestos para ser proporcionados no son Necesarios por Razones Médicas, o son Experimentales o están En Investigación.

Una [Decisión Adversa Final Interna de Beneficios](#) significa una Decisión Adversa de Beneficios mantenida por Oscar al finalizar el proceso interno de revisión o de apelación de Oscar.

Este procedimiento concierne solo a apelaciones de Decisiones Adversas. Además, en circunstancias potencialmente mortales o de cuidados de urgencia, Usted tiene derecho a una apelación inmediata ante una IRO, y no se requiere que cumpla con el proceso de apelación de una Decisión Adversa de Oscar.

Cualquier parte cuya apelación de una Decisión Adversa sea denegada por Oscar puede solicitar una revisión de la decisión por parte de una IRO. En el momento en que la apelación es denegada, Oscar le proporcionará a Usted, a Su representante designado o a Su Proveedor registrado información acerca de cómo apelar la denegación, incluido el formulario aprobado que Usted, Su representante designado o Su Proveedor registrado deben completar. En situaciones potencialmente mortales o de cuidados de urgencia, Usted, Su representante designado o Su Proveedor registrado pueden comunicarse con Oscar por teléfono para solicitar la revisión y proporcionar la información requerida. Para toda otra situación, Usted o Su representante designado deben firmar el formulario y devolverlo a Oscar para comenzar el proceso de revisión independiente.

- Oscar enviará las historias clínicas, los nombres de Proveedores y toda la documentación pertinente para la decisión de la IRO.
- Oscar cumplirá la decisión que tome la IRO.
- Oscar pagará la revisión independiente.

PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y APELACIÓN

A pedido y sin costo, Usted o la persona que designe pueden tener acceso razonable a todos los documentos y copias de estos, y demás información pertinente a la Reclamación o a la apelación.

El proceso de apelación no le prohíbe interponer otros recursos apropiados, como medidas cautelares, una sentencia declarativa u otro amparo disponible por ley si los requisitos para agotar el proceso de apelación y revisión ponen a Su salud en grave peligro.

Para obtener más información sobre el proceso de IRO, llame a la línea de información de IRO del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance) al número (866) 554-4926 o, desde Austin, llame al (512) 322-4266.

PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES Y APELACIONES

Procedimientos para presentar reclamaciones: Requisitos

Aviso de reclamación

Oscar debe recibir un aviso por escrito dentro de los 90 días, o tan pronto como sea razonablemente posible, después de que cualquier Participante reciba servicios para el que se proporcionan beneficios en el Plan. Si no se da aviso dentro de este período, no se invalidará ni se reducirá ninguna Reclamación si Usted demuestra que no era razonablemente posible dar aviso y que el aviso se dio tan pronto como fue posible.

Oscar debe recibir las Reclamaciones preparadas y enviadas de manera apropiada, en el tiempo requerido, y con la información solicitada para poder considerar cualquier Reclamación por pago de beneficios.

Quién puede presentar reclamaciones

Los Proveedores que tienen contrato con Oscar enviarán Sus Reclamaciones directamente a Oscar por servicios proporcionados a Usted o a cualquiera de Sus Dependientes cubiertos. En el momento en que se proporcionan los servicios, pregunte si presentarán Reclamaciones por Usted. Para ayudar a los Proveedores en la presentación de Sus Reclamaciones, debe llevar consigo Su Credencial.

Proveedores contratistas

Cuando recibe tratamiento o cuidados de un Proveedor o Medicamentos Cubiertos despachados por una Farmacia que tiene contrato con Oscar, generalmente, no es necesario que presente formularios de Reclamación. En general, el Proveedor envía las Reclamaciones directamente a Oscar por Usted.

Proveedores no contratistas

Cuando recibe tratamiento o cuidados de urgencia de un Proveedor de cuidados de salud que no tiene contrato con Oscar, es posible que se le solicite que presente Sus propios formularios de Reclamación. Sin embargo, algunos Proveedores lo harán por Usted. Si el Proveedor no presenta Reclamaciones por Usted, consulte **Reclamaciones presentadas por participantes** más abajo para ver las instrucciones sobre cómo presentar Sus propios formularios de Reclamación.

Si recibió un tratamiento en un Hospital dentro de la Red por parte de un Médico de un Hospital fuera de la Red que le factura un monto mayor a \$500 (sin incluir la responsabilidad por Su Copago, Coseguro y Deducible), es posible que Oscar le pida que Usted solicite un proceso de mediación para solventar la factura.

PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES Y APELACIONES

Programa de pedidos por correo

Cuando recibe Medicamentos Cubiertos despachados por medio del programa de pedidos por correo, debe completar y enviar el formulario de Reclamación de medicamentos recetados del servicio de pedidos por correo a la dirección que figura en el formulario de Reclamación. Para obtener más información de Oscar, visite el sitio web www.hioscar.com o llame al número 1-855-Oscar-55. Ciertos medicamentos se deben solicitar por medio del Programa de Pedidos por Correo para que sean cubiertos.

Reclamaciones presentadas por participantes

Si Su Proveedor no envía Sus Reclamaciones, deberá utilizar los formularios de Reclamación disponibles en www.hioscar.com para enviar dichas Reclamaciones a Oscar, y Oscar le reembolsará al Proveedor o a Usted los gastos elegibles. Siga las instrucciones del formulario para completar la Reclamación. Recuerde presentar los gastos de cada Participante de manera separada, ya que todos los Deducibles, beneficios máximos y otras disposiciones se aplican a cada Participante por separado. Incluya las facturas detalladas de los Proveedores de cuidados de salud, laboratorios, etc., impresas en las hojas membretadas y que muestren los servicios realizados, las fechas de prestación de los servicios, los gastos y el nombre del Participante que corresponda.

PARA VER LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN DE SUScriptor Y OTRA
INFORMACIÓN ÚTIL, VISITE EL SITIO WEB DE OSCAR www.hioscar.com

Envíe los formularios de Reclamación completados a esta dirección:

Oscar Insurance Company
P.O. Box 52146
Phoenix AZ, 85072-2146

Quién recibe los pagos

Los pagos de beneficios se hacen directamente a los Proveedores contratistas cuando facturan a Oscar. Los contratos escritos entre Oscar y algunos Proveedores pueden requerir el pago directamente a ellos. Cualquier beneficio pagadero a Usted que esté pendiente de pago en el momento de Su fallecimiento se le pagará a Su beneficiario o pasará a formar parte de Su acervo hereditario, si no hay un beneficiario designado.

Salvo por lo dispuesto en la subsección **Cesión y pago de beneficios**, los derechos y beneficios en virtud del plan no pueden cederse ni antes ni después de que los servicios y suministros se hayan proporcionado.

Pagos de beneficios a un administrador de tutela

Los beneficios por servicios proporcionados a Su hijo menor Dependiente podrán pagarse a un tercero en los siguientes casos:

1. El tercero es designado administrador de tutela o tutor posesorio del menor por un tribunal.
2. Oscar no pagó ninguna parte de la Reclamación.

Para que los beneficios sean pagaderos a un administrador de tutela o tutor posesorio de un menor, estos deben enviar a Oscar, junto con el formulario de Reclamación, prueba del pago de los gastos y una copia certificada de la orden judicial en la que se designa a esa persona administrador de tutela o tutor posesorio.

Oscar puede deducir del pago de beneficios cualquier monto adeudado por el destinatario del pago. El pago a Usted o a Su Proveedor, o la deducción que haga Oscar de pagos de beneficios de montos adeudados a Oscar, se considerarán como pago de sus obligaciones hacia Usted en virtud de este Plan.

Se le enviará un resumen de *Explicación de beneficios* para que sepa qué se pagó.

Cuándo enviar reclamaciones

Todas las Reclamaciones por beneficios sujetos al plan se deben enviar en forma apropiada dentro de los 90 días de la fecha en que recibe los servicios o suministros. En ningún caso, excepto ante la ausencia de capacidad jurídica, se podrá presentar una Reclamación más de quince (15) meses después de esa fecha.

Recepción de reclamaciones por parte de Oscar

Una Reclamación se considerará recibida por Oscar para su procesamiento en el momento de la entrega real a Oscar de la manera apropiada y con toda la información requerida. Si la Reclamación no está completa, puede ser denegada, u Oscar puede contactarlo a Usted o a Su Proveedor para solicitar la información adicional.

Revisión de decisiones de reclamación

Decisiones de reclamación

Cuando Oscar recibe una Reclamación que se envía correctamente, tiene la autoridad y el poder discrecional en virtud del plan de interpretar y determinar beneficios de acuerdo con las disposiciones del plan. Usted tiene el derecho de buscar y obtener una revisión completa y justa por parte de Oscar de cualquier decisión de una Reclamación, cualquier decisión de una solicitud de Preautorización o cualquier otra decisión de Oscar respecto de Sus beneficios en virtud del plan.

PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES Y APELACIONES

Si una reclamación se deniega o no se paga en su totalidad

Los miembros son notificados por escrito de las Reclamaciones denegadas que puedan derivar en su responsabilidad financiera. Esta carta incluye el motivo de la denegación y una explicación de los derechos a una apelación. Si Usted no está de acuerdo con Nuestra decisión de Reclamación, puede presentar una Queja conforme a la subsección

Procedimientos de queja de esta Póliza.

Plazos de extensiones y avisos requeridos

Dependiendo del tipo de Reclamación, se aplican programas independientes a los plazos de extensiones y avisos requeridos. Existen tres tipos de Reclamaciones, según se definen a continuación.

- Una **Reclamación clínica de cuidados de urgencia** es cualquier Reclamación previa al servicio que requiera Preautorización, según se describe en esta Póliza, por beneficios de cuidados médicos o tratamiento con respecto a los cuales la aplicación de plazos regulares para tomar decisiones de Reclamaciones de salud podría poner en grave peligro la vida o la salud de quien reclama o la capacidad de este de volver a ganar la máxima función o, en opinión de un Médico con conocimiento de la condición médica de quien reclama, podría exponerlo a dolores agudos que no se podrán manejar de forma adecuada sin los cuidados o el tratamiento.
- Una **Reclamación previa al servicio** es toda solicitud no urgente de beneficios o una decisión respecto de la cual los términos del plan de beneficios condicionan la recepción del beneficio a su aprobación antes de obtener cuidados médicos.
- Una **Reclamación posterior al servicio** es un aviso en una forma aceptable para Oscar de que un servicio le fue prestado o proporcionado a Usted. Este aviso debe incluir detalles completos del servicio recibido, incluido Su nombre, edad, sexo, Credencial de miembro, el nombre y la dirección del Proveedor, una declaración detallada del servicio prestado, la fecha en que se prestó el servicio, el diagnóstico, el costo de la Reclamación y cualquier otra información que Oscar pueda solicitar en relación con los servicios prestados a Usted.

Reclamaciones clínicas de cuidados de urgencia

No necesita recibir Preautorización para condiciones de emergencia o potencialmente mortales.

Reclamaciones previas al servicio

Tipo de aviso o de extensión	Plazos
<i>Oscar debe notificarle la decisión de Reclamación (ya sea adversa o no):</i>	
Si la Reclamación inicial está completa	Dentro de 3 días laborables*

PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES Y APELACIONES

Después de recibir la Reclamación completa (si la Reclamación inicial está incompleta)	Dentro de 10 días laborables
Si requiere cuidados de estabilización posteriores a una emergencia	Dentro del plazo apropiado para las circunstancias que no exceda una hora después del momento de la solicitud

**Oscar podrá extender este período una vez en un plazo máximo de 15 días, siempre que Oscar (1) determine que tal extensión es necesaria debido a razones que exceden el control del plan y (2) lo notifique a Usted, antes del vencimiento del período inicial de 15 días, de las circunstancias que requieren la extensión del plazo y la fecha en la que Oscar espera tomar una decisión.*

Reclamaciones posteriores al servicio

Tipo de aviso o de extensión	Plazo
<i>Oscar debe notificarle la decisión de Reclamación (va sea adversa o no):</i>	
Si la Reclamación inicial está completa	Dentro de 30 días calendario*
Después de recibir la Reclamación completa (si la Reclamación inicial está incompleta)	Dentro de 45 días calendario

**Oscar podrá extender este período una vez en un plazo máximo de 15 días, siempre que Oscar (1) determine que tal extensión es necesaria debido a razones que exceden el control del plan y (2) lo notifique a Usted por escrito, antes del vencimiento del período inicial de 30 días, de las circunstancias que requieren la extensión del plazo y la fecha en la que Oscar espera tomar una decisión.*

Cuidados simultáneos

Para determinaciones de beneficios relacionadas con cuidados que se reciben al mismo tiempo que la decisión, dicho aviso se proporcionará no más tarde de un (1) día laborable después de la recepción de Su Reclamación de beneficios.

Procedimientos de queja

Queja

Nuestro procedimiento de Queja se aplica a denegaciones de beneficios, o problemas o cuestiones contractuales que tenga en relación con Nuestras políticas administrativas o el acceso a Proveedores. Una queja relacionada con decisiones de Necesidad Médica o de naturaleza Experimental o En Investigación se convierte en una apelación.

PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES Y APELACIONES

Presentación de una queja

Para presentar una queja, puede comunicarse con Nosotros por teléfono al número que figura en Su Credencial o por escrito a la dirección P.O. Box 52146 Phoenix AZ, 85072-2146. Usted puede presentar una Queja oral relacionada con la denegación de una remisión médica o la decisión de un beneficio cubierto. Es posible que deba firmar un reconocimiento por escrito de Su Queja Oral que Nosotros redactemos. Usted o la persona que designe tiene un máximo de 180 días calendario desde la fecha en que recibió la decisión en la que se Nos solicita una revisión para presentar la Queja.

Nosotros mantenemos la confidencialidad de todas las solicitudes y discusiones, y no tomaremos ninguna medida discriminatoria debido a Su presentación. Contamos con un proceso para Quejas estándar y aceleradas, según la naturaleza de Su consulta.

Plazos de decisiones de quejas

Su Queja será revisada por personal calificado, o si se trata de un asunto clínico, la analizará un Profesional de la Salud matriculado, certificado o registrado. Decidiremos las Quejas y lo notificaremos dentro de los siguientes plazos:

Tipo de aviso o de extensión	Plazos y aviso
Queja acelerada o urgente	Por teléfono, dentro de las 48 horas de recibida toda la información necesaria o de las 72 horas de recibidas Sus quejas. Se dará aviso por escrito dentro de las 72 horas de recibidas Sus quejas.
Queja previa al servicio (Una solicitud de un servicio o tratamiento aún no se proporcionó)	Por escrito, dentro de los 30 días calendario de presentadas Sus quejas.
Queja posterior al servicio (Una Reclamación por un servicio o tratamiento que ya se proporcionó)	Por escrito, dentro de los 30 días de recibida toda la información necesaria, pero no después de los 60 días de recibidas Sus quejas.
Todas las demás quejas por un servicio	Por escrito, dentro de los 45 días de recibida toda la información necesaria, pero no después de los 60 días calendario de recibidas Sus quejas.

Queja acelerada o urgente

Oscar acelerará la revisión de una queja cuando la persona interesada, un representante autorizado o el Médico tratante den aviso a Oscar y cuando se cumplan los criterios para la revisión acelerada. No es necesario que el aviso sea por escrito; se puede notificar por teléfono.

Cómo presentar una queja

La Queja la puede presentar Usted o una persona autorizada para actuar en Su nombre. Independientemente, un Proveedor de cuidados de salud puede solicitar una apelación de una Reclamación en su propio nombre. Si Usted considera que Oscar denegó incorrectamente todos Sus beneficios o parte de ellos, puede hacer que se revise Su Reclamación. Oscar revisará su decisión de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- Después de recibir el aviso de una Decisión Adversa de Reclamación, puede llamar o escribir a Oscar para solicitar una revisión de la Reclamación. Oscar necesitará conocer las razones por las que Usted no está de acuerdo con la Decisión Adversa de Beneficios. Envíe Su solicitud a la siguiente dirección:

Oscar Insurance Company
P.O. Box 52146
Phoenix AZ, 85072-2146

- Oscar aceptará solicitudes telefónicas de información; sin embargo, tales consultas no constituirán una solicitud de revisión.
- Para respaldar la Reclamación de revisión, puede optar por presentar pruebas y testimonios a Oscar. Puede solicitar que se revise Su expediente y cualquier documento pertinente, y puede enviar presentaciones escritas, comentarios e información médica adicional dentro de los 180 días después de recibir aviso de una Decisión Adversa de Reclamación o en cualquier momento durante el proceso de revisión de la Reclamación.
 - Oscar le proporcionará cualquier prueba o razón nueva o adicional y cualquier otra información y los documentos que se utilicen para revisar Su Reclamación, sin ningún reparo por si dicha información se consideró en la decisión inicial. No se tomará en cuenta la Decisión Adversa de la Reclamación inicial. Tales pruebas o razones nuevas o adicionales se le proporcionarán a Usted o a Su representante autorizado con suficiente anticipación a la fecha en que se tome una decisión final con respecto a la apelación para darle la oportunidad de responder. Si la decisión inicial con relación a la Reclamación está basada, en su totalidad o en parte, en un juicio médico, la decisión de la apelación puede tomarla un Médico asociado con Oscar o contratado por Oscar o asesores externos, pero que no participaron en la denegación inicial de Su Reclamación.
Antes de que Usted o Su representante autorizado puedan iniciar una acción para recuperar beneficios, quien reclame debe agotar el proceso de queja, elevar todos los temas en relación con una Reclamación y, por último, Oscar debe decidir las apelaciones.
- Ante cualquier pregunta acerca de los procedimientos de Reclamación o del procedimiento de revisión, escriba a Oscar o llame al número 1-855-Oscar-55.
- Este proceso de apelación no le prohíbe iniciar una acción civil disponible en virtud de la ley.

Si necesita asistencia

Ante cualquier pregunta acerca de los procedimientos de Reclamación o del procedimiento de revisión, llame al servicio de atención al cliente de Oscar al número 1-855-Oscar-55 de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y las 8:00 p.m. (CT). También puede escribirnos a esta dirección:

Oscar
P.O. Box 52146
Phoenix AZ, 85072-2146

Si necesita asistencia con las Reclamaciones internas y las apelaciones o los procesos de revisión externa que se describen más abajo, puede llamar al número que figura al dorso de Su Credencial para obtener información de contacto.

Cómo apelar una decisión final interna de reclamación ante una organización de revisión independiente (IRO en inglés)

Una **Decisión Adversa de Reclamación** se refiere a la decisión por parte de Oscar, o de la organización designada por dicha compañía, de que una admisión, disponibilidad de cuidados, estancia continuada u otro servicio de cuidados de salud que sea un servicio cubierto se ha revisado y, sobre la base de la información provista, se ha determinado que es Experimental o está En Investigación, o que no cumple con los requisitos de Oscar relacionados con Necesidad Médica, adecuación, entorno de cuidados de salud, nivel de cuidados o efectividad, por lo que el servicio solicitado o el pago por este se deniega, reduce o termina.

Una **Decisión Adversa de Reclamación final interna** se refiere a una Decisión Adversa de Reclamación mantenida por Oscar al finalizar el proceso interno de revisión o de apelación de Oscar.

Este procedimiento concierne solo a apelaciones de Decisiones Adversas de Reclamaciones. Además, en circunstancias potencialmente mortales o de cuidados de urgencia, Usted tiene derecho a una apelación inmediata ante una IRO, y no se requiere que cumpla con el proceso de apelación de una Decisión Adversa de Oscar.

Cualquier parte cuya apelación de una Decisión Adversa sea denegada por Oscar puede solicitar una revisión de la decisión por parte de una IRO. En el momento en que la apelación es denegada, Oscar le proporcionará a Usted, a Su representante designado o a Su Proveedor registrado información acerca de cómo apelar la denegación, incluido el formulario aprobado que Usted, Su representante designado o Su Proveedor registrado deben completar. En situaciones potencialmente mortales o de cuidados de urgencia, Usted, Su representante

PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES Y APELACIONES

designado o Su Proveedor registrado pueden comunicarse con Oscar por teléfono para solicitar la revisión y proporcionar la información requerida. Para toda otra situación, Usted o Su representante designado deben firmar el formulario y devolverlo a Oscar para comenzar el proceso de revisión independiente.

- Oscar enviará las historias clínicas, los nombres de Proveedores y toda la documentación pertinente para la decisión de la IRO.
- Oscar cumplirá la decisión que tome la IRO.
- Oscar pagará la revisión independiente.

A pedido y sin costo, Usted o la persona que designe pueden tener acceso razonable a todos los documentos y copias de estos, y demás información pertinente a la Reclamación o a la apelación.

El proceso de apelación no le prohíbe interponer otros recursos apropiados, como medidas cautelares, una sentencia declarativa u otro amparo disponible por ley si los requisitos para agotar el proceso de apelación y revisión ponen a Su salud en grave peligro.

Para obtener más información sobre el proceso de IRO, llame a la línea de información de IRO del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance) al número (866) 554-4926 o, desde Austin, llame al (512) 322-4266.

Acciones en contra de Oscar

Ni Usted ni Su representante pueden presentar una acción de Derecho estricto o equidad antes de transcurridos 61 días de presentada una Reclamación de acuerdo con los requisitos del Plan y tal acción no podrá interponerse en absoluto, salvo que se presente dentro de los tres años a partir de la caducidad del plazo dentro del cual la Reclamación es obligatoria conforme al Plan.

DISPOSICIONES GENERALES

Autorización de divulgación

Si Usted presenta una Reclamación de beneficios, será necesario que autorice a cualquier Proveedor de cuidados de salud, compañía de seguros u otra entidad a que proporcione a Oscar toda la información y todos los registros o copias de registros relacionados con diagnósticos, tratamientos o cuidados de cualquier persona incluida en Su cobertura. Si presenta Reclamaciones de beneficios, se considerará que Usted y Sus Dependientes desisten de todos los requisitos que prohíben la divulgación de esta información y tales registros.

Aviso de reclamación

Se deberá dar un aviso de Reclamación por escrito al titular de la Póliza antes del 21.º día posterior a la fecha de sucedido cualquier siniestro cubierto por la Póliza o del comienzo de tal siniestro, o después de esa fecha tan pronto como sea razonablemente posible. Un aviso dado por el asegurado o en su nombre o por el beneficiario de este hacia Nosotros en P.O. Box 52146 Phoenix AZ, 85072-2146, con la información suficiente como para identificar al asegurado, constituye un aviso a Oscar.

Al recibir un aviso de Reclamación, Oscar proporcionará al solicitante los formularios que la compañía de seguros proporciona normalmente para registrar la prueba del siniestro. Si los formularios no son proporcionados antes del 16.º día después del aviso de Reclamación, se deberá considerar que el solicitante cumplió con los requisitos de esta Póliza en lo que respecta a enviar el aviso de Reclamación dentro del plazo fijado en la Póliza para presentar la prueba del siniestro, la prueba por escrito que cubra el suceso, el carácter y la extensión del siniestro por el cual se realiza la Reclamación.

Cambio de beneficiario

El derecho a cambiar un beneficiario está reservado al titular de la Póliza, y no se requiere el consentimiento del beneficiario o beneficiarios para el rescate o la cesión de esta Póliza, para cualquier cambio de beneficiario o beneficiarios, o para cualquier otro cambio en esta Póliza.

Cancelación

Oscar puede cancelar esta Póliza en cualquier momento mediante aviso por escrito entregado al titular de la Póliza, o enviado por correo a la última dirección del titular de la Póliza según se indica en los registros del titular, e indicar en dicho aviso cuándo entra en vigor la cancelación, que no podrá ser antes de los cinco días posteriores a la fecha en que el aviso se entregue o despache por correo. Cuando esta Póliza se extiende por un período que supera el plazo original, el titular puede cancelarla en cualquier momento mediante aviso por escrito entregado o enviado por correo a la compañía de seguros, y dicha cancelación entrará en vigor en el

momento de su recepción o en una fecha posterior especificada en el aviso. En el caso de producirse la cancelación, la compañía de seguros deberá devolver sin demora la parte no consumida de cualquier prima pagada. Si el titular de la Póliza la cancela, la prima consumida se computará mediante el uso de la última tabla de primas consumidas que haya registrado el funcionario estatal a cargo de la supervisión de seguros en el estado en el que el asegurado residía cuando se emitió la Póliza. Si Oscar cancela, la prima consumida se computará a prorratio. La cancelación no afecta ninguna Reclamación que se origine antes de la Fecha de Entrada en Vigor de la cancelación.

Cesión y pago de beneficios

Si un Participante cede beneficios por escrito a un Proveedor y la cesión por escrito se entrega a Oscar junto con la Reclamación de beneficios, Oscar efectuará cualquier pago directamente al Proveedor. El pago al Proveedor libera a Oscar de la responsabilidad para con el Participante por cualquier beneficio disponible en virtud de este Plan.

Continuidad de cuidados

En el caso de que un Participante reciba cuidados de un Proveedor de la Red en el momento en que dicho Proveedor deja de participar en la Red, y si en el momento en que se termina la relación contractual del Proveedor de la Red con Oscar el Participante presenta *circunstancias especiales*, Oscar continuará proporcionando cobertura para los servicios de ese Proveedor en el Nivel de Beneficios dentro de la Red.

Circunstancias especiales hace referencia a una condición tal que el Médico tratante o el Proveedor de cuidados de salud creen razonablemente que interrumpir los cuidados del Médico tratante o del Proveedor puede ser perjudicial para el Participante. El Participante puede presentar *circunstancias especiales* como (1) discapacidad, (2) condición aguda, (3) enfermedad potencialmente mortal o (4) pasó la 24.^a semana de embarazo y recibe tratamiento de acuerdo con los principios de prudencia médica. El Médico tratante o el Proveedor de cuidados de salud deben identificar tales *circunstancias especiales* y, además, deben solicitar que se le permita al Participante continuar el tratamiento bajo los cuidados del Médico o del Proveedor y acordar no solicitar el pago por parte del Participante de ningún monto por el que no sería responsable si el Médico o el Proveedor aún pertenecieran a la red.

La continuidad de la cobertura en virtud de esta subsección no se extenderá por más de noventa (90) días o más de nueve (9) meses si al Participante se le diagnosticó una enfermedad terminal que supera la fecha de terminación de la relación contractual del Proveedor de la Red. Sin embargo, para Participantes que hayan superado la 24.^a semana de embarazo en el momento en que la terminación de la relación contractual del Proveedor se hace efectiva, la continuidad de la cobertura se podrá extender hasta el nacimiento del niño, los cuidados posparto inmediatos y las revisiones médicas de seguimiento dentro de las primeras seis (6) semanas posteriores al parto.

DISPOSICIONES GENERALES

Para obtener la lista de Proveedores de Oscar, información sobre el Área de Servicio de Oscar e información demográfica de la red, visite Nuestro sitio web www.hioscar.com o comuníquese con Nosotros llamando al número de teléfono 1-855-Oscar-55.

Contrato completo y modificaciones

Esta Póliza, incluidos los suplementos y los documentos adjuntos, si los hubiera, constituye el contrato total de seguro. Un cambio en esta Póliza no es válido hasta que sea aprobado por un representante ejecutivo de Oscar y salvo que la aprobación se adjunte a la Póliza. Un agente no tiene autoridad para cambiar esta Póliza ni para dejar sin efecto ninguna de sus disposiciones.

Coordinación de beneficios

La disposición Coordinación de Beneficios (COB en inglés) se aplica cuando una persona tiene cobertura de cuidados de salud en más de un plan. El término “Plan” se define más abajo.

Las reglas de determinación del orden de beneficios rigen el orden en el que cada plan pagará una Reclamación de beneficios. El plan que paga primero se denomina “plan primario”. El plan primario debe pagar beneficios de acuerdo con los términos de su póliza, independientemente de la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el “plan secundario”. El plan secundario podrá reducir los beneficios que paga, de manera que los pagos de todos los planes equivalgan al 100% del total del gasto deducible.

Definiciones

- (a) Un **plan** es cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios para cuidados o tratamientos médicos u odontológicos. Si se utilizan contratos independientes para proporcionar cobertura coordinada para miembros de un grupo, dichos contratos se consideran partes del mismo plan y no hay ninguna COB entre esos contratos independientes.
1. Un Plan incluye: pólizas de seguro médico y accidente de grupo, globales y con franquicia, con exclusión de cobertura de protección de ingresos por discapacidad; comprobantes de cobertura individual o de grupo de organizaciones de mantenimiento de la salud; pólizas de seguro de accidente y seguro médico individuales; planes de beneficios de Proveedor preferido individuales y de grupo, y planes de beneficios de Proveedor exclusivo; contratos de seguro de grupo, contratos de seguro individual y contratos de suscriptor que pagan o reembolsan el costo de cuidados dentales; componentes de cuidados médicos de contratos de cuidado a largo plazo individuales y de grupo; cobertura de beneficios limitada no emitida con el fin de complementar pólizas vigentes individuales o de grupo; cobertura de acuerdos no asegurados de grupo o de tipo grupo; la cobertura de beneficios médicos en contratos de seguro de automóviles; y Medicare u otros beneficios gubernamentales según lo permitido por ley.

DISPOSICIONES GENERALES

2. Un Plan no incluye: cobertura de protección de ingresos por discapacidad; el Texas Health Insurance Pool (Grupo de seguros médicos de Texas); cobertura de seguro de accidentes laborales; cobertura de resarcimiento por internación u otra cobertura de resarcimiento fija; cobertura de enfermedades especificadas; cobertura de beneficios complementarios; cobertura de accidente únicamente; cobertura de accidente especificado; coberturas de accidentes escolares que cubren a estudiantes por accidentes únicamente, incluidas lesiones atléticas, ya sea que ocurran en el transcurso de las 24 horas del día o en el trayecto hacia la escuela o desde ella; beneficios proporcionados en contratos de seguro de cuidado a largo plazo de servicios no médicos, por ejemplo, cuidado personal, cuidado de adultos de día, servicios domésticos, asistencia en actividades cotidianas, cuidados de relevo, y Cuidado Supervisado o para contratos que pagan un beneficio diario fijo sin considerar los gastos contraídos o la recepción de los servicios; pólizas complementarias de Medicare; un plan estatal sujeto a Medicaid; un plan gubernamental que, por ley, proporciona beneficios superiores a aquellos de cualquier plan de seguro privado; u otro plan no gubernamental; o una póliza de seguro de accidente y seguro médico individual diseñada para integrarse completamente con otras pólizas a través de un Deducible variable.

Cada contrato de cobertura bajo (a)(1) o (a)(2) es un plan independiente. Si un plan tiene dos partes y las reglas de la COB se aplican solamente a uno de los dos, cada parte es tratada como un plan independiente.

- (b) **Este Plan** significa, en una disposición de la COB, la parte del contrato que proporciona los beneficios de cuidados de salud a los que se aplican las disposiciones de la COB y que puede ser reducido por los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporcione beneficios de cuidados de salud es independiente de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición de la COB a determinados beneficios, tales como beneficios dentales, en coordinación solamente con beneficios similares, y puede aplicar otras disposiciones de la COB independientes para coordinar otros beneficios.

Las reglas de determinación del orden de beneficios establecen si este plan es un plan primario o un plan secundario cuando la persona tiene cobertura de cuidados de salud bajo más de un plan. Cuando este plan es primario, determina el pago de sus beneficios primero antes de los de cualquier otro plan sin considerar los beneficios de ningún otro plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan y puede reducir los beneficios que paga, de manera que todos los beneficios del plan equivalgan al 100% del total del gasto deducible.

- (c) **Gasto Deducible** es un gasto de cuidados de salud, incluidos Deducibles, Coseguros y Copagos, que está cubierto, al menos en parte, por cualquier plan que cubra a la persona. Cuando un plan proporciona beneficios bajo la forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un gasto deducible y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan que cubra a la persona no es un gasto deducible. Además, cualquier gasto que un Proveedor de cuidados de salud o Médico tenga prohibido cobrar a una Persona Cubierta, ya sea por ley o de conformidad con un acuerdo contractual, no constituye un gasto deducible.

Los siguientes son ejemplos de gastos que **no** son Gastos Deducibles:

1. La diferencia entre el costo de una habitación de Hospital semiprivada y una habitación de Hospital privada no constituye un gasto deducible, salvo que uno de los planes proporcione cobertura de gastos de habitación de Hospital privada.
2. Si una persona cuenta con la cobertura de dos o más planes que no tienen tarifas negociadas y computan sus pagos de beneficios sobre la base de las tarifas usuales y acostumbradas, Cantidades Autorizadas, o metodología de reembolso de programa de valores relativos, u otra metodología de reembolso similar, cualquier monto que supere el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no se considera un gasto deducible.
3. Si una persona cuenta con la cobertura de dos o más planes que proporcionan beneficios o servicios sobre la base de tarifas negociadas, un monto que supere la tarifa negociada más alta no constituye un gasto deducible.
4. Si una persona cuenta con la cobertura de un plan que no tiene tarifas negociadas y que calcula los beneficios o servicios sobre la base de las tarifas usuales y acostumbradas, cantidades autorizadas, metodología de reembolso de programa de valores relativos, u otra metodología de reembolso similar, y de otro plan que proporciona beneficios o servicios en función de tarifas negociadas, el acuerdo de pago del plan primario debe ser el gasto deducible para todos los planes. Sin embargo, si el Proveedor de cuidados de salud o el Médico tiene contrato con el plan secundario para proporcionar el beneficio o servicio a una tarifa negociada específica o monto de pago diferente de lo establecido en el acuerdo de pago del plan primario y si el contrato del Proveedor de cuidados de salud o del Médico lo permite, la tarifa negociada o el pago debe ser el gasto deducible que use el plan secundario para determinar sus beneficios.
5. El monto de cualquier reducción de beneficios del plan primario que surja del incumplimiento de una Persona Cubierta con las disposiciones del plan no se considera un gasto deducible. Ejemplos de estos tipos de disposiciones del plan incluyen segunda opinión quirúrgica, autorización previa de admisiones y acuerdos de Proveedor de cuidados de salud y Médico preferido.

DISPOSICIONES GENERALES

- (d) **Cantidad Autorizada** es el monto de un gasto facturado que una compañía de seguros determina que se debe cubrir por servicios proporcionados por un Proveedor de cuidados de salud o Médico no preferido. La Cantidad Autorizada incluye el pago de la compañía de seguros y cualquier Monto de Coseguro, Copago o Deducible aplicable por el que el asegurado es responsable.
- (e) **Plan de panel cerrado** es un plan que proporciona beneficios de cuidados de salud a las Personas Cubiertas principalmente en la forma de servicios a través de un panel de Proveedores de cuidados de salud y Médicos que tienen contrato con el plan o que están empleados por él, y que excluye la cobertura de servicios proporcionados por otros Proveedores de cuidados de salud y Médicos, salvo en casos de emergencia o por remisión médica de un miembro del panel.
- (f) **Padre con custodia** es el padre con el derecho a designar la residencia principal de un Hijo mediante una orden judicial sujeto al Texas Family Code (Código de Familia de Texas) u otra ley aplicable; o, en ausencia de una orden judicial, es el padre con quien el Hijo reside más de la mitad de un Año Calendario, con exclusión de cualquier visita temporal.

Reglas de determinación del orden de beneficios

Cuando una persona cuenta con la cobertura de dos planes o más, las reglas para determinar el orden de pago de beneficios son las siguientes:

- (a) El plan primario paga o proporciona beneficios según los términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro plan.
- (b) Con excepción de lo dispuesto en (c), un plan que no tiene una disposición de la COB coherente con esta póliza siempre es primario, a menos que las disposiciones de ambos planes establezcan que el plan de cumplimiento es primario.
- (c) La cobertura que se obtiene en virtud de pertenencia a un grupo está diseñada para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y dispone que esta cobertura complementaria debe ser en exceso de cualquier otra parte del plan proporcionado por el titular del contrato. Algunos ejemplos de este tipo de situaciones son coberturas médicas principales que se superponen con beneficios de Hospital y quirúrgicos de planes base y coberturas de seguro están escritas en conexión con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.
- (d) Un plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro plan al calcular el pago de sus beneficios solo cuando es secundario a ese otro plan.
- (e) Si el plan primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario no lo es, el plan secundario debe pagar o proporcionar beneficios como si fuera el plan primario cuando la Persona Cubierta utiliza un Proveedor de cuidados de salud o un Médico no contratado, excepto para servicios de emergencia o remisiones médicas autorizados pagados o proporcionados por el plan primario.

DISPOSICIONES GENERALES

- (f) Cuando varios contratos que proporcionan cobertura coordinada son tratados como un plan único en virtud de este subcapítulo, esta sección se aplica solamente al plan como una totalidad, y la coordinación entre los contratos que lo componen se rige por los términos de los contratos. Si más de una compañía de seguros paga o proporciona beneficios en virtud del plan, la compañía de seguros designada como primaria en el plan debe ser responsable de que el plan se ajuste a este subcapítulo.
- (g) Si una persona cuenta con la cobertura de más de un plan secundario, las reglas de determinación del orden de beneficios de este subcapítulo establecen el orden en el que se determinan los beneficios de los planes secundarios respecto de sí. Cada plan secundario debe tomar en consideración los beneficios de los planes primarios y los beneficios de cualquier otro plan cuyos beneficios se hayan determinado antes que los del plan secundario en cuestión, en virtud de las reglas de este contrato.
- (h) Cada plan determina su orden de beneficios mediante la aplicación de la primera de las siguientes reglas.
1. No Dependiente o Dependiente. El plan que no cubre a la persona como Dependiente, sino de otra forma (p. ej.: como empleado, miembro, titular de la Póliza, suscriptor o jubilado), es el plan primario, y el plan que cubre a la persona como Dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan que cubre a la persona como Dependiente y primario al plan que cubre a la persona como no Dependiente, entonces el orden de los beneficios entre los dos planes se invierte, de manera que el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, titular de la Póliza, suscriptor o jubilado es el plan secundario y el otro plan es el plan primario. Un ejemplo es el caso de un empleado jubilado.
 2. Hijos Dependientes con cobertura de más de un plan. Salvo que exista una orden judicial que establezca lo contrario, los planes que cubren a un Hijo Dependiente deben determinar el orden de los beneficios mediante las siguientes reglas aplicables.
 - A. Para un Hijo Dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no:
 - i. El plan del padre que cumple años primero en el Año Calendario es el plan primario.
 - ii. Si ambos padres tienen la misma fecha de cumpleaños, el plan que ha cubierto al padre por más tiempo es el plan primario.
 - B. Para un Hijo Dependiente cuyos padres están divorciados, separados o no viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no, sucede lo siguiente:
 - i. Si una orden judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de cuidados de salud o de la cobertura de cuidados de salud del Hijo Dependiente y el plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese plan es primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de recibida la notificación de la resolución judicial.

- ii. Si una orden judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de cuidados de salud o de la cobertura de cuidados de salud del Hijo Dependiente, lo dispuesto en (h)(2)(A) debe determinar el orden de beneficios.
- iii. Si una orden judicial establece que los padres tienen custodia conjunta sin especificar que uno de los padres es responsable de los gastos de cuidados de salud o de la cobertura de cuidados de salud del Hijo Dependiente, lo dispuesto en (h)(2)(A) debe determinar el orden de beneficios.
- iv. Si no hay una orden judicial que asigne la responsabilidad por los gastos de cuidados de salud o de cobertura de cuidados de salud del Hijo Dependiente, el orden de beneficios del Hijo se establece de la siguiente manera:
 - I. El plan que cubre al padre que tiene la custodia
 - II. El plan que cubre al cónyuge del padre que tiene la custodia
 - III. El plan que cubre al padre que no tiene la custodia
 - IV. El plan que cubre al cónyuge del padre que no tiene la custodia
- C. Para un niño Dependiente que cuenta con la cobertura de más de un plan de personas que no son los padres, lo dispuesto en (h)(2)(A) o en (h)(2)(B) debe determinar el orden de beneficios como si estas personas fueran los padres del niño.
- D. Para un Hijo Dependiente que cuenta con la cobertura del plan de uno o de ambos padres y tiene su propia cobertura como Dependiente en virtud del plan de un cónyuge, se aplica (h)(5).
- E. En el caso de que la cobertura del Hijo Dependiente sujeta al plan del cónyuge comience en la misma fecha que la cobertura del Hijo Dependiente sujeta a los planes de uno o de ambos padres, el orden de beneficios se debe determinar aplicando la regla de cumpleaños que se indica en (h)(2)(A) a los padres del Hijo Dependiente y al cónyuge del Dependiente.
- 3. Empleado activo, jubilado o despedido. El plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, a un empleado que no está despedido ni jubilado, es el plan primario. El plan que cubre a esa misma persona como jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucede si una persona es un Dependiente de un empleado activo y esa misma persona es un Dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el plan que cubre a la misma persona como empleado jubilado o despedido o como Dependiente de un empleado jubilado o despedido carece de esta regla y, en consecuencia, los planes no concuerdan en el orden de beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si de conformidad con (h)(1) se puede determinar el orden de beneficios.
- 4. COBRA o continuidad de la cobertura por el Estado. Si una persona que cuenta con la cobertura de COBRA o que tiene cobertura en virtud de un derecho de continuidad proporcionado por el Estado u otra ley federal cuenta con la cobertura de otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, Miembro, suscriptor o jubilado, o como Dependiente de un empleado, Miembro, suscriptor o jubilado, es el plan primario, y la cobertura de COBRA, del Estado u otra cobertura de continuidad federal es el plan

DISPOSICIONES GENERALES

secundario. Si el otro plan carece de esta regla y, como resultado, los planes no concuerdan en el orden de beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si, de conformidad con (h)(1), se puede determinar el orden de beneficios.

5. Mayor o menor duración de la cobertura. El plan que cubrió a la persona como empleado, Miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado por más tiempo es el plan primario, y el plan que cubrió a la persona por menos tiempo es el plan secundario.
6. Si las reglas anteriores no determinan el orden de beneficios, los gastos deducibles deben ser compartidos equitativamente entre los planes que cumplen con la definición de plan. Además, este plan no pagará más de lo que hubiera pagado si hubiese sido el plan primario.

Efecto sobre los beneficios de este plan

Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios, de manera que el total de beneficios pagados o proporcionados por todos los planes no sea superior al total de los gastos permitidos. Para determinar el monto por pagar por cualquier Reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que hubiera pagado en ausencia de otra cobertura de cuidados de salud y aplicará ese monto calculado a cualquier gasto permitido sujeto a su plan que no haya sido pagado por el plan primario. El plan secundario puede reducir entonces el pago por el monto, de manera que, cuando se combina con el monto pagado por el plan primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes por la Reclamación equivalgan al 100% del gasto permitido por esa Reclamación. Además, el plan secundario debe acreditar al Deducible de su plan todos los montos que hubiera acreditado a su Deducible en ausencia de otra cobertura de cuidados de salud.

Si una Persona Cubierta está inscrita en dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier razón, incluso la prestación de servicio por un Proveedor no perteneciente al panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, la COB no se debe aplicar entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

Cumplimiento de leyes federales y estatales relativas a información confidencial

Se necesitan ciertos datos acerca de la cobertura y servicios de cuidados de salud para aplicar estas reglas de la COB y para determinar los beneficios pagaderos en virtud de este plan y otros planes. Oscar cumplirá con las leyes federales y estatales relativas a información confidencial con el fin de que se apliquen estas reglas y de determinar los beneficios pagaderos en virtud de este plan y otros planes que cubran a la persona que reclama beneficios. Cada persona que reclama beneficios en virtud de este plan debe proporcionar a Oscar cualquier dato que sea necesario para aplicar estas reglas y determinar beneficios.

Facilidad de pago

Un pago realizado en virtud de otro plan puede incluir un monto que debería haberse pagado en virtud de este plan. Si es así, Oscar puede pagar ese monto a la organización que hizo ese

pago.

Ese monto será tratado como si fuera un beneficio pagado en virtud de este plan. Oscar no deberá pagar ese monto nuevamente. El término “pago realizado” incluye la provisión de beneficios en la forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en la forma de servicios.

Derecho de reintegro

Si el monto de los pagos efectuados por Oscar es superior a lo que debería haber pagado en virtud de esta disposición de la COB, puede recuperar el excedente de una o más personas a las que pagó o por quienes pagó o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados para la Persona Cubierta. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquiera de los beneficios proporcionados en la forma de servicios.

Examen físico y autopsia

Oscar, a su costo, tiene el derecho y la oportunidad de realizar un examen físico del titular de la Póliza cuando lo considere oportuno y con la frecuencia que Oscar lo requiera de manera razonable mientras esté pendiente una Reclamación en virtud de esta Póliza y, en caso de fallecimiento, de requerir la realización de una autopsia si la ley no lo prohíbe.

Información de fraude relacionado con los cuidados de salud

La misión de Oscar es ofrecerle cuidados de salud de forma simple e inteligente. Nuestra meta es empoderar a los Miembros con información para ayudarlos a guiar sus decisiones de cuidados de salud, incluido cómo protegerse a sí mismos, y a Oscar, contra el fraude relacionado con los cuidados de la salud.

Declaración falsa de la edad

Si se hizo una declaración falsa de la edad del asegurado, los montos por pagar en virtud esta Póliza son los montos de los que la prima hubiese estado compuesta de haberse adquirido declarando la edad correcta.

¿Qué es el fraude relacionado con los cuidados de la salud? El fraude relacionado con los cuidados de la salud ocurre cuando alguien proporciona información falsa o engañosa intencionalmente para obtener beneficios de salud o dinero. El fraude relacionado con los cuidados de la salud es un delito.

¿Cómo me afecta esto? El fraude relacionado con los cuidados de la salud impone una carga en Oscar y en nuestros Miembros. Los Proveedores que cometen fraude pueden estar dispuestos a poner sus ganancias económicas por encima de la calidad del tratamiento y del diagnóstico. Además, el fraude relacionado con los cuidados de la salud aumenta el costo del seguro médico para todos.

¿Cómo sé si alguien ha cometido fraude relacionado con los cuidados de la salud?

Una variedad de personas, incluidos médicos, hospitales, laboratorios, proveedores de equipos médicos e, incluso, miembros, pueden cometer fraude relacionado con los cuidados de la salud.

A continuación se incluyen algunos ejemplos.

Ejemplos de fraude cometido por Proveedores:

- Facturar por servicios que no se prestaron.
- Utilizar un diagnóstico falso para facturar pruebas o procedimientos que no son Necesarios por Razones Médicas.
- Usar códigos de servicios más costosos o facturar servicios más caros que los que se prestaron.
- Aceptar sobornos o dinero de otro proveedor por remisión médica de Miembros.
- Renunciar a costos compartidos de un Miembro para facturarle de más a su compañía de seguros.

Ejemplos de fraude cometido por Miembros:

- Utilizar la cobertura o credencial de otro Miembro de Oscar.
- Declarar falsamente el robo de equipo médico.
- Revender productos médicos.

Ayude a evitar el fraude relacionado con los cuidados de la salud. Oscar mantiene Sus datos personales de salud a salvo, y es importante que Usted también tome medidas para proteger Su información. Sea cuidadoso cuando comparta Su información de salud personal con otros. Asegúrese de guardar su credencial de Oscar en un lugar seguro y utilice una contraseña si accede a la aplicación de Oscar.

Cuando vaya al médico, consúltelo acerca del cuidado médico que recibe. Una vez que reciba las facturas médicas de su proveedor, compárelas con la explicación de los beneficios de Oscar. Si tiene dudas acerca de lo que se le facturó, comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención al Miembro de Oscar llamando al número de teléfono 855-OSCAR-55 o escriba a help@hioscar.com.

DISPOSICIONES GENERALES

Denuncias y lucha contra el fraude relacionado con los cuidados de la salud. Oscar tiene una Unidad de Investigaciones Especiales (SIU en inglés) para investigar las acusaciones de fraude. Si sospecha que se cometió un fraude, informe Su inquietud a la Unidad de Investigaciones Especiales de Oscar mediante la dirección de correo electrónico fraud@hioscar.com o llamando a nuestra línea directa gratuita contra el fraude las 24 horas, los 7 días de la semana, al número de teléfono 1-844-392-7589. También puede enviar su denuncia a Oscar por correo:

Atn.: Special Investigations Unit Oscar,
P.O. Box 52146
Phoenix AZ, 85072-2146.

Cuando deje un mensaje a la SIU de Oscar, proporcione tanta información como le sea posible (nombres de los involucrados, ubicaciones y cualquier otro detalle) para que podamos investigar y tomar medidas apropiadas. Oscar no rastrea llamadas y no intentará identificar a la persona que llama. Las denuncias pueden realizarse sin temer represalias ni actos de intimidación.

Oscar también trabaja conjuntamente con la Asociación Nacional Contra el Fraude en la Atención de la Salud (NHCAA, National HealthCare Anti-Fraud Association) para mejorar la prevención, detección e investigación del fraude relacionado con los cuidados de la salud. Para obtener más información acerca de las iniciativas de la NHCAA, visite el sitio web <https://www.nhcaa.org/>.

Límite de tiempo en determinadas defensas

Después de transcurridos dos años de la fecha de emisión de esta Póliza, una declaración falsa (que no sea una declaración falsa fraudulenta) realizada por un solicitante en la solicitud de esta Póliza no se podrá usar para anular la Póliza ni para rechazar una Reclamación por siniestro incurrido o por discapacidad (como se define en esta Póliza) que comience después de transcurridos los dos años. Una Reclamación por siniestro incurrido o por discapacidad (como se define en la Póliza) que comience después de transcurridos dos años de la fecha de emisión de esta Póliza no se podrá reducir o rechazar sobre la base de que una enfermedad o condición física no excluida de la cobertura por su nombre o descripción específica efectiva en la fecha del siniestro existía antes de la Fecha de Entrada en Vigor de la cobertura de esta Póliza.

Medicare

Si Usted cuenta con la cobertura de este Plan y de Medicare, se aplican reglas especiales. Generalmente, Oscar es el plan secundario si el Miembro está inscrito en Medicare.

Momento del pago de reclamaciones

Los resarcimientos pagaderos en virtud esta Póliza por cualquier siniestro, excepto por un siniestro por el que esta Póliza prevé un pago periódico, se pagarán inmediatamente en el momento de recibir la debida prueba por escrito del siniestro. Sujeto a la debida prueba por escrito del siniestro, todos los resarcimientos devengados por un siniestro por el que esta Póliza prevé un pago periódico se pagarán dentro de los 60 días, y cualquier saldo que permanezca impago en el momento de la terminación de la responsabilidad se pagará inmediatamente no bien se reciba la debida prueba del siniestro por escrito.

Observancia de las leyes estatales

Las leyes de algunos estados exigen que ciertos beneficios o disposiciones se le otorguen si Usted reside en ese estado cuando el contrato que lo aseguró no se emite en Su estado. Cualquier disposición de esta Póliza que, en la Fecha de Entrada en Vigor, esté en conflicto con las leyes aplicables del estado en el que reside el Participante en esa fecha se modifica mediante el presente para ajustarse a (a) los requisitos mínimos de tales leyes o a (b) los beneficios o disposiciones de esta Póliza hasta el punto en que excedan dichos requisitos mínimos.

Pago de reclamaciones

El resarcimiento por fallecimiento será pagadero de acuerdo con la designación de beneficiarios y las disposiciones con respecto al pago de resarcimientos que estén prescritas en esta Póliza y en vigor en el momento del pago. Si tal designación o disposición no está en vigor en ese momento, el resarcimiento pasará a formar parte del acervo hereditario del asegurado. Cualquier otro resarcimiento devengado impago en el momento del fallecimiento del asegurado podrá ser pagado de acuerdo con la designación de beneficiarios o podrá pasar a formar parte del acervo hereditario del asegurado, a opción de la compañía de seguros. Todo otro resarcimiento será pagadero al asegurado.

Prima impaga

En el momento del pago de una Reclamación en virtud de esta Póliza, cualquier prima vencida e impaga o cubierta por cualquier nota u orden escrita puede deducirse del pago.

Programas del gobierno estatal

Si un Participante en este Plan también recibe Medicaid, no se excluirá ningún beneficio por servicios o suministros en virtud del Plan solamente debido a que los beneficios por tales servicios o suministros sean pagados o pagaderos en virtud de Medicaid. Todos los beneficios disponibles en virtud del Plan serán pagaderos al Texas Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos de Texas, DHS) en la medida que lo exija el *Código de Seguros de Texas (Texas Insurance Code)*.

1. Todos los beneficios pagados en nombre de un hijo o hijos en virtud del Plan se deberán

pagar al DHS en los siguientes casos:

- a. El DHS paga beneficios conforme a las disposiciones establecidas en el *Código de Recursos Humanos (Human Resources Code)*.
- b. El padre que cuenta con la cobertura del Plan tiene la tenencia del hijo o contacto directo con él conforme a una orden judicial, o, por el contrario, no tiene derecho a tener contacto directo con él ni posee la tenencia del hijo, y el tribunal le exige pagar la manutención del menor.
- c. Oscar recibe un aviso por escrito en su oficina administrativa junto con la Reclamación de beneficios cuando la Reclamación se envía por primera vez en el que se indica que los beneficios reclamados se deben pagar directamente al DHS.

Reembolso de pagos de beneficios

Si Oscar paga beneficios por Gastos Elegibles contraídos por Usted o Sus Dependientes y se descubre que el pago fue mayor de lo que debió haber sido o que se realizó por error, Oscar tiene el derecho a un reembolso por parte de la persona a la que se pagaron o por la que se pagaron tales beneficios, de cualquier otra compañía de seguros o de cualquier otra organización. Si no se recibe ningún reembolso, Oscar puede deducir cualquier reembolso adeudado de cualquier pago de beneficios futuro.

Relación participante-proveedor

La elección de un Proveedor de cuidados de salud debe hacerla únicamente Usted o Sus Dependientes. Oscar no proporciona servicios o suministros; solo efectúa pagos por Gastos Elegibles contraídos por los Participantes. Oscar no es responsable por ninguna acción u omisión por parte de un Proveedor de cuidados de salud. Oscar no tiene ninguna responsabilidad por la omisión de un Proveedor de cuidados de salud de proporcionar servicios o suministros a Usted o a Sus Dependientes o por la negativa a proporcionar tales servicios o suministros. La atención y el tratamiento recibidos están sujetos a las reglas del Proveedor de cuidados de salud que se haya elegido y están disponibles solo para el tratamiento de enfermedades o lesiones que el Proveedor de cuidados de salud considere aceptables.

Oscar, los Proveedores dentro de la Red u otros Proveedores contratantes son contratistas independientes respecto de sí. Oscar no controla, influye ni participa de ninguna manera en las decisiones de tratamientos de cuidados de salud que toman dichos Proveedores. Oscar no proporciona servicios ni suministros médicos, quirúrgicos, de hospitalización o similares, ni practica la Medicina ni trata a pacientes. Los Proveedores, sus empleados, agentes, agentes aparentes o representantes no actúan en nombre de Oscar ni son empleados de Oscar.

Subrogación y derecho a reembolso

Según esta Póliza, Oscar le proporcionará beneficios para enfermedades y lesiones, incluso si estas fueron causadas o provocadas por terceros. La subrogación le otorga a Oscar el derecho de solicitar directamente un reembolso a terceros para recuperar dinero de los beneficios que proporcionamos.

Tal como se usa en el presente, el término **“terceros”** se refiere a cualquiera sea, pueda ser o se sostenga que es responsable de Su **enfermedad o lesión**. Tales **enfermedades o lesiones** se denominan **“lesiones causadas por terceros”**. El término **“terceros”** incluye a cualquiera que sea responsable del pago de los gastos asociados con el tratamiento de cuidado médico por las **lesiones causadas por terceros**.

Si, según esta Póliza, Oscar paga beneficios por gastos contraídos debido a **lesiones causadas por terceros**, le reservamos el derecho de reembolso en Su nombre del costo total de todos los beneficios proporcionados por Nosotros que estén asociados con las **lesiones causadas por terceros**. Nuestros derechos a reintegro se aplican a cualquier reintegro hecho por Usted o en Su nombre en virtud de, incluidos, entre otros, los siguientes gastos:

- Pagos realizados por **terceros** o por una compañía de seguros en nombre de **terceros**
- Cualquier Seguro de Accidentes Laborales, liquidación o indemnización por discapacidad
- Cobertura de gastos médicos en el marco de cualquier cobertura de gastos médicos por lesiones en establecimientos o en viviendas, o cobertura de seguro de establecimientos o de viviendas
- Cualquier otro pago de una fuente destinada a compensarlo por **lesiones** sufridas en un accidente o por una presunta negligencia

Al aceptar beneficios en virtud de la presente Póliza, Usted reconoce específicamente el derecho a reembolso de Oscar. Cuando pagamos los beneficios de cuidados de salud por los gastos incurridos debido a **lesiones causadas por terceros**, debemos subrogar Su derecho a reintegro contra cualquier tercero por la cantidad del costo total por todos los beneficios que proporcionamos. Oscar puede proceder contra cualquier tercero con Su consentimiento o sin él.

Al aceptar beneficios en virtud de la presente Póliza, Usted también reconoce específicamente Nuestro derecho a reembolso. Este derecho a reembolso se aplica cuando Oscar ha pagado beneficios debido a **lesiones causadas por terceros** y Usted o Su representante han recuperado cualquier monto de **terceros**. Al proporcionar cualquier beneficio según la presente Póliza, Nos cede toda liquidación, sentencia u otro pago recibido por Usted hasta llegar al costo total de todos los beneficios proporcionados por Nosotros. El derecho a reembolso de Oscar se acumula y no es exclusivo de Nuestro derecho de subrogación y podemos elegir entre ejercer uno o ambos derechos de reintegro. Oscar puede reintegrar el costo total de los beneficios pagados por este plan según esta Cartilla certificada sin necesidad de que haya Reclamaciones de Su parte, ya sea por negligencia comparativa o por algún otro motivo.

Al aceptar estos beneficios según la presente Póliza, Usted o Sus representantes acuerdan lo siguiente:

- Avisar inmediatamente a Oscar por escrito cuando se dé aviso a cualquier parte de la intención de investigar o de iniciar una Reclamación por daños y perjuicios, o para obtener compensación por las lesiones sufridas por Usted y **causadas por terceros**.

DISPOSICIONES GENERALES

- Cooperar con Nosotros y hacer lo que sea necesario para asegurar los derechos a reembolso de Oscar según la presente Póliza.
- Pagar, de cualquier reintegro, liquidación, sentencia u otra forma de compensación, todos los montos que se Nos adeudan como reembolso del costo total de todos los beneficios asociados a **lesiones causadas por terceros** pagadas por Oscar (independientemente de si está establecido de forma específica en el reintegro, la liquidación, la sentencia o el acuerdo de compensación), a menos que se acuerde otra cosa por escrito con Nosotros.
- No hacer algo que pueda perjudicar los derechos de Oscar según lo establecido anteriormente. Esto incluye, por ejemplo, abstenerse de realizar cualquier acuerdo extrajudicial o de aceptar reintegros que específicamente busquen reducir o excluir el costo total de todos los beneficios pagados por el plan.
- Desempeñarse como fideicomisario ficticio de los beneficios de Oscar sobre cualquier monto de liquidación o reintegro recibido como resultado de las lesiones causadas por terceros (es decir, recibir y transferir el dinero de reembolso que Oscar tiene derecho a recibir).

AVISOSAviso de cantidad autorizada**IMPORTANTE PARA SU COBERTURA**

Para pagar menos gastos de Su bolsillo por costos de cuidados de salud y para recibir beneficios, debe recurrir a Proveedores de la Red.

	Dentro de la Red: 90% de los gastos elegibles: Deducible de \$250	
Monto facturado	\$20,000	
Cantidad Autorizada	\$5,000	
Su Deducible	\$250	
Monto de Coseguro del plan	\$4,275	
Su Monto de Coseguro	\$475	
SU PAGO TOTAL	\$725 a un Proveedor dentro de la Red	

Aun cuando consulte a un Proveedor de la Red, formule preguntas acerca de los Proveedores que le presten cuidados de salud “entre bastidores”. Si Usted tiene una cirugía programada, por ejemplo, asegúrese de que el cirujano de la Red use un centro médico de esta para realizar el procedimiento y de que se recurra a un Proveedor de la Red para los servicios de anestesia.

Aviso de factura de saldo

AUNQUE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS DE SALUD SE LE BRINDEN EN UN CENTRO DE CUIDADOS DE SALUD QUE ES MIEMBRO DE LA RED DE PROVEEDORES QUE USA SU PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD, ES POSIBLE QUE MÉDICOS Y OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE NO SON MIEMBROS DE ESA RED LE BRINDEN OTROS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL CENTRO O A TRAVÉS DE ÉL. USTED PUEDE SER RESPONSABLE DEL PAGO TOTAL O PARCIAL DE ESOS SERVICIOS PROFESIONALES QUE SU PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD NO PAGA O NO CUBRE.

Aviso del Departamento de Seguros de Texas

- Un plan de beneficios de Proveedor exclusivo no proporciona beneficios por servicios que reciba de Proveedores fuera de la Red, salvo excepciones específicas que se describan en Su Póliza y a continuación.
- Usted tiene derecho a acceder a una red adecuada de Proveedores preferidos (denominados "Proveedores de la Red").
- Si considera que la red no es adecuada, puede presentar una queja en el Departamento de Seguros de Texas.
- Si Su compañía de seguros aprueba una remisión médica para servicios fuera de la Red porque ningún Proveedor preferido está disponible, o si Usted recibió Cuidados de Emergencia fuera de la Red, la compañía de seguros debe, en la mayoría de los casos, solventar la factura del Proveedor no preferido, de manera que Usted solo deba pagar cualquier Monto de Coseguro, Monto de Copago y Deducible que corresponda.
- Para obtener el directorio vigente de los Proveedores preferidos, visite el sitio web, www.hioscar.com, y para obtener asistencia al respecto, llame al número de teléfono 1-855-Oscar-55. Si confió en información de directorio sustancialmente errónea, tiene derecho al pago de una Reclamación fuera de la Red en el nivel de beneficios dentro de la Red.

Aviso importante para personas con Medicare:

ESTE NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE

Algunos servicios de cuidados de salud que paga Medicare también pueden desencadenar el pago de beneficios de esta Póliza.

Este seguro proporciona beneficios limitados si Usted cumple con las condiciones que se indican en la Póliza. No paga Sus Deducibles o Coseguros de Medicare y no sustituye el Seguro Complementario de Medicare.

Medicare generalmente paga todos o la mayoría de estos gastos.

Medicare paga amplios beneficios por servicios Necesarios por Razones Médicas, independientemente de la razón por la que Usted los necesite. Se incluyen los siguientes:

- Hospitalización
- Servicios del Médico
- Centro de Cuidados Paliativos
- Otros productos y servicios aprobados

Esta Póliza debe pagar beneficios independientemente de cualquier otra cobertura de beneficios de salud a la cual Usted tenga derecho en virtud de Medicare u otro seguro.

ANTES DE COMPRAR ESTE SEGURO:

- Revise la cobertura de **todas** las pólizas de seguro médico que ya tenga.
- Para obtener más información acerca de Medicare y el seguro Complementario de Medicare, revise la *Guía de seguro médico para personas con Medicare*, que está disponible en la compañía de seguros.
- Para obtener ayuda para comprender Su seguro médico, comuníquese con el departamento estatal de seguros o consulte el programa estatal superior de asesoramiento en seguros.

Aviso de ciertos beneficios obligatorios

Este aviso es para aconsejarlo sobre cierta cobertura o beneficios que se proporcionan en Su plan médico asegurado por Oscar. La legislación exige que este aviso le sea proporcionado. *Si tiene preguntas relacionadas con este aviso, llame a Oscar al número de teléfono 1-855-Oscar-55 (1-855-672-2755) o escríbanos a P.O. Box 52146 Phoenix AZ, 85072-2146.*

Mastectomía o disección de ganglio linfático

Estancia mínima: Si, debido a un tratamiento de cáncer de mama, una persona que cuenta con la cobertura de este plan se somete a una mastectomía o una disección de ganglio linfático, este plan cubrirá los cuidados para el paciente internado durante los siguientes plazos mínimos.

1. 48 horas posteriores a una mastectomía
2. 24 horas posteriores a una disección de ganglio linfático

No se requiere el número mínimo de horas de internación si la Persona Cubierta que recibe el tratamiento y el Médico tratante determinan que es apropiado un período más breve de cuidados para paciente internado.

Prohibiciones: No podemos (a) negar a ninguna Persona Cubierta elegibilidad o elegibilidad continua, ni omitir renovar este plan solamente para evitar proporcionar el mínimo de horas de internación; (b) proporcionar pagos en dinero o descuentos para alentar a cualquier persona a aceptar menos que el mínimo de horas de internación; (c) reducir o limitar el monto pagado al Médico tratante, o de otro modo penalizar al Médico, debido a que el Médico requirió que una Persona Cubierta reciba el mínimo de horas de internación; o (d) proporcionar incentivos financieros o de otro tipo al Médico tratante para alentarlo a que proporcione cuidados que sean inferiores a las horas mínimas.

Cobertura o beneficios de cirugía reconstructiva después de una mastectomía

A cada Persona Cubierta se le proporciona cobertura o beneficios de Cirugía Reconstructiva después de una mastectomía, incluido lo siguiente:

1. Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía
2. Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico
3. Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía

La cobertura o los beneficios se deben proporcionar de una forma que se determine apropiada en una interconsulta con la Persona Cubierta y el Médico tratante.

Los montos de Deducibles, Coseguro y Copago serán los mismos que aquellos que se aplican a otra cobertura similar de Gastos de Internación en Hospital o Gastos Médico-Quirúrgicos, como se muestran en el Programa de Beneficios.

Prohibiciones: No debemos hacer lo siguiente.

AVISOS

1. Ofrecer a la Persona Cubierta un incentivo financiero para que renuncie a la reconstrucción mamaria o a su derecho a la cobertura o a los beneficios indicados anteriormente.
2. Condicionar, limitar o negar la elegibilidad o la elegibilidad continua de cualquier Persona Cubierta para inscribirse en el plan o no renovar este plan con el solo fin de evitar proporcionar la cobertura o los beneficios indicados anteriormente.
3. Reducir o limitar el monto pagado al Médico o Proveedor, penalizar a este de ninguna otra forma, ni proporcionarle un incentivo financiero para inducirlo a que proporcione cuidados a una Persona Cubierta de una manera que no sea coherente con la cobertura o los beneficios indicados anteriormente.

Exámenes para la detección de cáncer de próstata

Se proporcionan beneficios a cada hombre que cuente con cobertura para un examen de diagnóstico anual, médicamente reconocido, para la detección de cáncer de próstata. Los beneficios incluyen lo siguiente:

1. Un examen físico para la detección del cáncer de próstata.
2. Un análisis de antígeno prostático específico para cada hombre que tenga:
 - a. Al menos 50 años
 - b. Al menos 40 años y antecedentes familiares de cáncer de próstata u otro factor de riesgo de cáncer de próstata

Estancia posterior a un parto

A cada persona cubierta con beneficios de maternidad y parto le proporcionaremos cuidados para paciente internado a la madre y al recién nacido en un centro de cuidados de salud por el siguiente plazo mínimo:

1. Las 48 horas posteriores a un parto natural sin complicaciones
2. 96 horas posteriores a un parto por cesárea sin complicaciones

Este beneficio no requiere que una mujer cubierta elegible para beneficios de maternidad o parto:

1. Dé a luz en un Hospital u otro centro de cuidados de salud.
2. Permanezca en un Hospital u otro centro de cuidados de salud durante la cantidad mínima de horas posteriores al parto.

Si una madre con cobertura o su hijo recién nacido son dados de alta antes de transcurridas las 48 o 96 horas, proporcionaremos cobertura para cuidados posparto. Los cuidados posparto incluyen educación de los padres, asistencia y capacitación en lactancia natural o artificial, y la realización de cualquier prueba clínica apropiada necesaria. Los cuidados serán proporcionados por un Médico, personal de enfermería u Otro Proveedor de cuidados de salud debidamente autorizado, y la madre podrá optar por recibir los cuidados en su hogar, en el consultorio del Proveedor de cuidados de salud o en un centro de cuidados de salud.

Prohibiciones: No debemos hacer lo siguiente.

1. Modificar los términos de esta cobertura sobre la base de que una Persona Cubierta

AVISOS

solicite menos de la cobertura mínima requerida.

2. Ofrecer a la madre incentivos financieros u otra compensación para que renuncie al derecho de la cantidad mínima de horas requeridas.
3. Negarnos a aceptar la recomendación de un Médico de un período especificado de cuidados para paciente internado tras consultar con la madre si el período recomendado por el Médico no excede las pautas de cuidados prenatales desarrolladas por asociaciones profesionales de obstetras y ginecólogos, o pediatras reconocidas en el ámbito nacional.
4. Reducir pagos o reembolsos por debajo de la tarifa usual y acostumbrada.
5. Penalizar al Médico por recomendar cuidados para paciente internado para la madre o el recién nacido.

Cobertura de pruebas para la detección del virus del papiloma humano y del cáncer de cuello uterino

A cada mujer inscrita en el plan que tenga 18 años o más se le proporciona cobertura de los gastos que afronte por un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección precoz de cáncer de cuello uterino. La cobertura requerida en virtud de esta sección incluye, por lo menos, una prueba de Papanicolaou convencional o una detección sistemática mediante una prueba citológica líquida, aprobadas por la FDA, solas o en combinación con una prueba aprobada por la FDA para la detección del virus del papiloma humano.

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.