

MODELO DE CARTA

5503 XX#### XX P2

PO BOX #####
SALEM, OR 97309
DO NOT FORWARD: RETURN IN 3 DAYS

Nombre de la sucursal/División: OHP/CAF
ID del trabajador/Teléfono: XX/503-555-5555

JOHN DOE
123 MAIN ST
HOMETOWN OR 97000

La persona que
trabaja para la
OHA o el DHS
puede ayudarle.

¡Guarde esta carta!

Esta carta explica sus beneficios del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP).

Esta carta es solo para su información. No es necesario que la lleve a sus citas de atención médica.

Únicamente le enviaremos una carta nueva si tiene algún cambio en su cobertura, o si solicita una.

Le damos la bienvenida al Plan de Salud de Oregon (OHP). **Esta es su nueva carta de cobertura.**

Esta carta incluye información de cobertura para su grupo familiar. Esta carta no garantiza que seguirá siendo elegible para recibir los servicios. Esta carta no invalida los avisos de decisiones que su trabajador le envíe.

Le enviaremos una carta y una tarjeta de identificación (ID) médica nuevas en cualquier momento que lo solicite o si la información en esta carta o en su tarjeta de ID médica cambia. Para solicitar una carta o tarjeta de ID médica nueva, llame a su trabajador.

La hoja amarilla adjunta incluye un cuadro que describe los servicios cubiertos para cada paquete de beneficios y una lista de números telefónicos útiles.

A continuación, hemos incluido una lista con la razón por la que se le envía esta carta. La fecha en que la información de esta carta entra en vigor está incluida junto a su nombre.

Razón de la carta:

Managed care plan or Primary Care Manager enrollment changed for:
Doe, Timothy - 08/1/2010

Names were changed for:
Doe, Jane - 08/1/2010

La carta siempre será la misma, salvo por esta parte que incluye la información nueva.

Esta es la página 2 de su carta. Le informa sobre su CCO y otra cobertura que la OHA conoce.

El siguiente cuadro incluye información de cobertura para cada una de las personas elegibles en su grupo familiar. Para obtener información sobre lo que cubre cada paquete de beneficios, consulte el cuadro del Paquete de beneficios. Las letras en la sección Atención administrada/ inscripción a TPR hacen referencia a los planes que figuran en la página de Atención administrada/inscripción a TPR.

Nombre	Fecha de nacimiento	N.º de ID del cliente	¿Copagos?	Paquete de beneficios	Atención controlada/ Inscripción TPR
John Doe	01/01/1968	xx1234xx	No	OHP Plus	A, B, C
Jahn Doe	02/01/1969	xx1235xx	No	OHP con medicamentos limitados	A, B, C, G, H, I
Tim Doe	03/01/2006	xx1236xx	No	OHP Plus	B, C, D, F
Kathy Doe	04/01/2007	xx1237xx	No	OHP Plus	B, C, E, G, H

Estos tipos de cobertura se indican con una letra en la columna de “Atención administrada/inscripción a TPR”:

- ▶ Su CCO
- ▶ Otra cobertura que la OHA conozca, como el seguro privado o Medicare
- ▶ Farmacia asignada, para miembros que pagan una cuota por servicio inscritos en el Programa de Administración de Farmacia

En la página 3 de su carta se indica el nombre y el número de teléfono correspondiente a cada letra de esta columna.