

**Tarjeta Abierta  
del Plan de Salud  
de Oregon**



**Manual de  
beneficios para  
miembros**



**2024**

**Oregon  
Health  
Authority**



# Índice



## **1. Acerca de la de Tarjeta Abierta del Plan de Salud de Oregon** página 7

- › Bienvenido a la Tarjeta Abierta de OHP . . . . . 9
- › Traducción, interpretación, letra grande, Braille u otro formato . . . . . 10
- › Su tarjeta de miembro. . . . . 11
- › Sus planes de beneficio . . . . . 14
- › Inscripción en la Organización de Atención Coordinada (CCO o *Coordinated Care Organization*) . . . . . 15
- › Pago de servicios y facturas . . . . . 17



## **2. Sus beneficios** página 19

- › Atención primaria . . . . . 20
- › Atención hospitalaria. . . . . 20
- › Salud de ojos . . . . . 21
- › Salud dental . . . . . 22
- › Salud mental. . . . . 25
- › Aprobación previa para servicios y medicamentos . . . . . 26
- › Medicamentos . . . . . 28
- › Servicios Sociales Relacionados con la Salud. . . . . 30



## **3. Atención para Niños** página 33

- › Servicios de Nutrición y Programa Especial de Nutrición Suplementaria para mujeres, infantes y niños de Oregon o WIC). . . . . 34
- › Cobertura completa y preventiva para miembros menores de 21 años de edad . . 34



## **4. Emergencias** página 39

- › Salud física. . . . . 40
- › Salud mental. . . . . 40
- › Salud dental . . . . . 41
- › Emergencias fuera del estado. . . . . 41



## **5. Cuidado a miembros Indígenas Americanos / Nativos de Alaska** página 43



## **6. Ayuda** página 47

- › Póngase en contacto con nosotros . . . . . 48
- › Coordinación de cuidados. . . . . 49
- › Transporte para sus citas . . . . . 49



## **7. Sus derechos** página 53

- › Registros de atención médica . . . . . 54
- › Tomar decisiones acerca de su atención médica . . . . . 54
- › Qué hacer si se le niegan un beneficio . . . 55
- › Derechos civiles y política de no discriminación . . . . . 57
- › Cómo reportar discriminación . . . . . 58
- › Cómo reportar fraude . . . . . 59



## **8. Sus responsabilidades** página 61



## **9. Definición de palabras** página 65



## **10. Información adicional** página 71

- › Más información acerca del transporte a sus citas . . . . . 72
- › Solicitud de Audiencia Administrativa . . . . 77
- › Solicitud para Revisar una Decisión de Atención Médica. . . . . 78



### Acerca de su cobertura de atención médica

La Autoridad de Salud de Oregon (*Oregon Health Authority*, también conocida como **OHA**, por sus siglas en inglés) es la agencia del estado responsable de aumentar el acceso al cuidado de salud para las personas en Oregon.

OHA administra el Plan de Salud de Oregon (*Oregon Health Plan* o **OHP** por sus siglas en inglés), el cual provee cobertura para el cuidado de la salud.

Algunas personas que tienen OHP reciben servicios de salud a través de la Tarjeta Abierta del OHP (también conocida como Open Card) y de una organización de atención coordinada, llamada en inglés *Coordinated Care Organization* o **CCO**.

Cuando usted se inscribe por primera vez en el OHP, se le asigna la Tarjeta Abierta. Luego, muchos miembros se inscriben con un CCO. En muy pocas instancias los miembros se quedan inscritos en la Tarjeta Abierta.

Los miembros deben acudir a la Tarjeta Abierta del OHP o a su CCO para recibir servicios. La Tarjeta Abierta y cada CCO tiene una lista de proveedores aceptados. Si acude a un proveedor que está fuera de la red, sus servicios pueden ser negados o no pagados.

Si desea conocer [más sobre los proveedores de la Tarjeta Abierta](#), visite [ohpcc.kepro.com](http://ohpcc.kepro.com) o llame al **1-800-562-4620**.

Si desea obtener [más información sobre las CCO](#), visite [OHP.Oregon.gov/CCO-Contacts](http://OHP.Oregon.gov/CCO-Contacts).

### A lo largo del manual verá que nos referimos a los siguientes términos de esta forma:

Autoridad de Salud de Oregon (Oregon Health Authority)	<b>OHA</b>
Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan)	<b>OHP</b>
Organización de Atención Coordinada ( <i>Coordinated Care Organization</i> )	<b>CCO</b>

También encontrará más definiciones de palabras en la página 65 de este manual.



# 1. Acerca de la Tarjeta Abierta del Plan de Salud de Oregon

- 9 [Bienvenido a la Tarjeta Abierta](#)
- 10 [Traducción, interpretación, letra grande, Braille u otro formato](#)
- 11 [Su tarjeta de miembro](#)
- 14 [Sus planes de beneficio](#)
- 15 [Inscripción en la Organización de Atención Coordinada \(CCO o \*Coordinated Care Organization\*\)](#)
- 17 [Pago de servicios y facturas](#)



## Acerca de la Tarjeta Abierta del Plan de Salud de Oregon

Estimado miembro:

Este manual le ayudará a entender sus beneficios y derechos como miembro de la Tarjeta Abierta del OHP, también conocido como el Plan de Salud de Oregon. Usted aprenderá cómo obtener servicios de salud física, de ojos, dentales y salud mental, como terapia y consejería individual, que estén cubiertos. Estamos para ayudarle a obtener la atención de calidad que necesita.

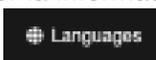
También puede obtener información sobre:

- Qué hacer cuando necesite atención de emergencia (página 40)
- Servicios de salud para niños y menores de 21 años (página 34)
- Cómo programar transporte para sus citas (página 49)

Verá definiciones de palabras a lo largo y al final del manual para entender sus beneficios de cobertura. Si usted es una persona embarazada, busque este símbolo en el manual para información importante.



Si necesita ayuda con este manual o con su Plan de Salud de Oregon en general, puede [pedir asistencia a un experto](#). Puede encontrar ayuda en [OregonHealthCare.gov/GetHelp](https://OregonHealthCare.gov/GetHelp) o llamar al Servicio al cliente del OHP al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión) 8am a 5pm de lunes a viernes.

Puede ver la información en [oregonhealthcare.gov](https://oregonhealthcare.gov) en español. Simplemente, busque este símbolo  en la parte de arriba de la página, y escoga “Spanish/Español.”

¡Bienvenido a la Tarjeta Abierta del OHP!

# Acerca de la Tarjeta Abierta del Plan de Salud de Oregon



## Traducción, interpretación, letra grande, Braille u otro formato

La Autoridad de Salud de Oregon (Oregon Health Authority o OHA) le proporcionará información y asistencia en el idioma y formato que sea más fácil para usted.

### Declaración de Accesibilidad de OHA

OHA tiene ayuda gratuita para las personas que hablan o usan un idioma que no es el inglés, tienen discapacidad o necesitan apoyo adicional. **Ejemplos:**

- › Intérpretes de lenguaje de señas e idiomas hablados
- › Materiales escritos en otros idiomas
- › Braille
- › Subtítulos en tiempo real (Traducción en Tiempo Real para Acceso a Comunicación o CART)
- › Impresión en letra grande
- › Audio y otros formatos

OHA y el Plan de Salud de Oregon ofrecen ayuda gratuita para sus necesidades de comunicación. Si necesita ayuda, hable con su médico y llame al Servicio al Cliente del OHP al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión). Deseamos proveer la ayuda que necesita, en la forma que sea más conveniente para usted.

Puede mostrarles a los proveedores de servicios de salud una tarjeta que les indique el tipo de ayuda de idioma que necesita usted. Cuando se inscriba como miembro de la Tarjeta Abierta recibirá una tarjeta con su carta de bienvenida. También puede [imprimir la tarjeta](#) que necesite visitando este enlace: [oregon.gov/cards](http://oregon.gov/cards).

### Material escrito

Obtenga gratis una copia en papel de este manual en otros idiomas llamando al Servicio al Cliente del OHP al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión).

Ellos le pueden hacer llegar:

- › Otros materiales escritos como cartas de OHP
- › Información sobre socios comunitarios certificados del OHP
- › Recetas médicas
- › Documentos importantes en letra grande, Braille o en el formulario que le sea más fácil

### Intérpretes

Durante su visita con su proveedor de servicios de salud usted tiene derecho a un intérprete certificado en el idioma que desee o un intérprete de lengua de señas, **gratis**.

- › Informe en el consultorio de su médico, cuál es el mejor idioma para usted
- › Cuando haga una cita, explíqueles cuáles son las necesidades que tiene y pídale que pongan una nota en su registro médico para todas sus citas en el futuro

¿Desea usted [confirmar que su intérprete esté calificado y/o certificado en Oregon?](#)

Visite [hciregistry.dhsoha.state.or.us](http://hciregistry.dhsoha.state.or.us).

Si su proveedor de servicios de salud no le da un intérprete certificado o calificado por la OHA, llame al Servicio al Cliente del OHP al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión). También puede presentar una queja por discriminación por correo electrónico a [OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov](mailto:OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov) o llamando al **844-882-7889**.

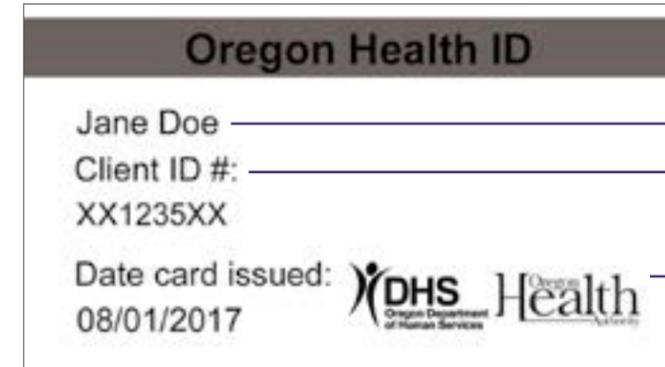
Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

# Acerca de la Tarjeta Abierta del Plan de Salud de Oregon



## Su tarjeta de miembro

Esto es un ejemplo de su tarjeta de miembro:



- Nombre
- Número de identificación
- Fecha en la que se emitió la tarjeta

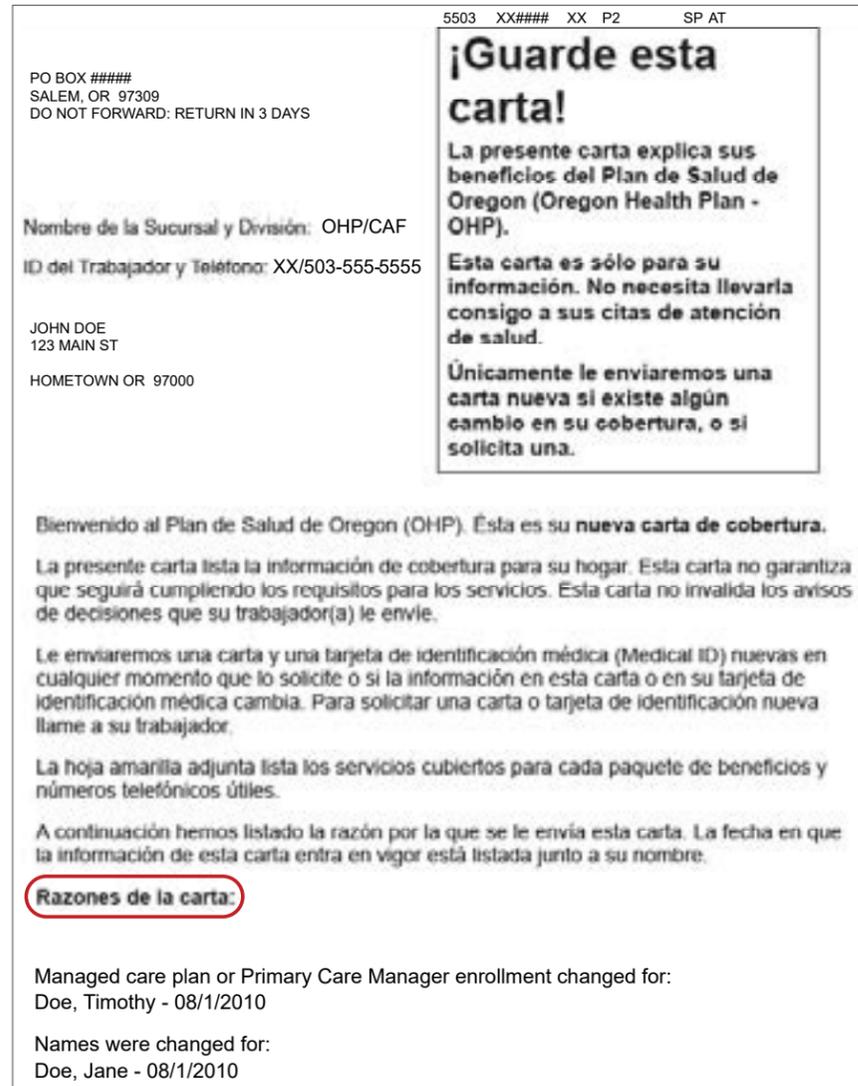


- **Miembros** — Visiten [OHP.Oregon.gov](http://OHP.Oregon.gov) para conocer acerca de su cobertura y de cómo reportar cambios de ingresos, en la dirección y otros. Para preguntas, llame al **800-273-0557**.
- **Proveedores** — Esta tarjeta no garantiza cobertura. Para verificar cobertura e inscripción, visite [or-medicaid.gov](http://or-medicaid.gov).

Cuando tenga una cita con su proveedor de servicios de salud, debe traer su tarjeta de miembro y una identificación con foto emitida por el gobierno federal de los Estados Unidos, del gobierno estatal o del gobierno de un país. Ejemplos de una identificación pueden ser: una licencia de conducir u otra identificación estatal. Necesitará su tarjeta de miembro para:

- › Obtener atención médica física, dental y mental
- › Recibir recetas médicas

# Acerca de la Tarjeta Abierta del Plan de Salud de Oregon



## Las cartas de cobertura le indican cuáles son los beneficios que usted tiene

Recibirá una carta de cobertura de la Autoridad de Salud de Oregon (*Oregon Health Authority, OHA*) cuando:

- › Obtenga beneficios por primera vez
- › Cambien sus beneficios

Si no tiene una carta de cobertura y necesita saber qué tipo de beneficios tiene, llame al Servicio al Cliente del OHP al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión).

Este es un ejemplo de la página 2 de su carta. Le explica el tipo de cobertura que tiene del OHP y cualquier otra cobertura de salud que usted tenga que OHP conoce.

Es posible que usted tenga cobertura a través de un seguro privado proporcionado por un empleador. **Sus proveedores de servicios de salud deben saber cuáles son los tipos de cobertura que usted tiene y cualquier cambio.** Así se asegura de que usted está recibiendo todos sus beneficios. (Para conocer más sobre OHP y otra cobertura de salud vaya a la página 1.

# Acerca de la Tarjeta Abierta del Plan de Salud de Oregon

Al final de la carta verá la oración: **Razones de la carta circulada** en rojo. Esta explicación suele estar redactada en inglés (“Reasons for letter”). Aquí le definimos qué significa cada posible razón que le hagan llegar en su carta.

Posible razones de la carta en inglés	Razones de la carta traducidas al español
A Medical ID card was requested for:	Usted solicitó una tarjeta de identificación médica para:
A new coverage letter was requested for:	Usted solicitó una nueva carta de cobertura para:
Case management enrollment was changed for:	La inscripción en la administración de casos se cambió para:
Managed care plan or Primary Care Manager enrollment changed for:	La inscripción al plan de atención administrada o al administrador de atención primaria cambió para:
Names were changed for (new ID cards are included with this letter):	Cambiaron los nombres para: (nuevas identificaciones incluídas en esta carta):
Pharmacy plan changed for:	El plan de cobertura de su farmacia cambió para:
Private insurance plan changed for:	El plan de seguro privado cambió para:
The benefit package was changed for:	El paquete de beneficios fue cambiado para:
The client ID numbers were corrected for (new ID cards are included):	Se corrigieron los números de identificación del cliente para: (se incluyen nuevas tarjetas de identificación):
The date of birth was corrected for:	La fecha de nacimiento fue corregida para:
These clients were added to this case. ID cards are included:	Estos clientes fueron agregados a este caso. Se incluyen tarjetas de identificación:
These clients were removed from this case:	Estos clientes fueron eliminados de este caso:
This coverage letter and Medical ID cards are for:	Esta carta de cobertura y tarjetas de identificación médica son para:

# Acerca de la Tarjeta Abierta del Plan de Salud de Oregon



## Sus planes de beneficio

Cuando usted reciba su carta de cobertura de miembro, ésta incluirá información sobre su plan de beneficios que pueden incluir uno de lo siguiente:

- › **Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan o OHP):** El programa de asistencia médica de Oregon ayuda a las personas a tener acceso a atención médica cuando de otra forma no podrían pagarlo. Este programa también es conocido como Medicaid. OHP da cobertura médica completa, oculista, dental, mental y de farmacia. Al principio, todos los que tienen OHP están inscritos en la Tarjeta Abierta y pueden visitar a cualquier proveedor de atención médica que acepte la Tarjeta Abierta. Luego, la mayoría de los miembros de OHP estarán inscritos en una CCO para administrar sus servicios médicos.
- › **Plan de Salud de Oregon (OHP) con Medicamentos Limitados:** Para personas que son elegibles tanto para OHP como para Medicare Parte D, este programa cubre medicamentos no cubiertos por Medicare Parte D. También, tiene los mismos beneficios.
- › **Únicamente Primas Medicare Parte B:** Para miembros que califiquen, este beneficio paga primas (el costo de la cobertura de la Parte B), pero no da cobertura de servicios médicos.
- › **Programa Beneficiario Calificado de Medicare:** Este Programa de Ahorros de Medicare ayuda a las personas a pagar sus gastos de su bolsillo por servicios cubiertos por Medicare, incluyendo primas Medicare Parte A y Parte B, deducibles y coaseguros. Verifique estos [recursos para obtener más información para adultos mayores y personas con discapacidad](#): [oregon.gov/odhs](http://oregon.gov/odhs)
- › **Programa Dual de Ahorros Elegibles y Medicare:** Además de pagar las primas Medicare Parte B para miembros calificados, este programa es uno de los paquetes de beneficios completos de OHP que cubre servicios médicos, dentales y de salud mental.



## Para obtener más ayuda:

### Servicio al Cliente del OHP

- › Si le llega un cobro o factura
- › Si necesita ayuda para hacer una cita
- › Si tiene preguntas sobre la cobertura
- › Si necesita una tarjeta de miembro del OHP
- › Si necesita un manual.

Llame al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión) 8am a 5pm de lunes a viernes

[Formulario de Solicitud en Línea:](#)

[OHP.Oregon.gov/CSU](http://OHP.Oregon.gov/CSU).

### Servicio al Cliente de Elegibilidad ONE

- › Para preguntas sobre su elegibilidad para OHP
- › Para reportar cambios tales como de domicilio, ingresos u otro seguro de salud
- › Para ayuda con el sistema ONE

Llame al **800-699-9075** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión) 7am a 6pm de lunes a viernes [one.oregon.gov](http://one.oregon.gov)

### Coordinación de cuidados

- › Si no está inscrito en una organización de atención coordinada y necesita ayuda [para encontrar a un proveedor que acepte la Tarjeta Abierta del OHP](#).

Llame al **800-562-4620** 8am hasta las 5pm de lunes a viernes o visite [ohpcc.kepro.com](http://ohpcc.kepro.com)

# Acerca de la Tarjeta Abierta del Plan de Salud de Oregon



## Para obtener más ayuda:

### Línea de consulta con un profesional de Enfermería

- › Si necesita [asesoría de una enfermera o enfermero](#).

Llame al **800-562-4620** 24 horas al día, todos los días o visite [ohpcc.kepro.com/nurse-advice-line](http://ohpcc.kepro.com/nurse-advice-line)

### Emergencias

- › Si tiene alguna emergencia de salud física o dental (tal como un sangrado que no se detiene), llame al **911**
- › Si tiene alguna emergencia de salud mental, llame al **988**

Este manual de los beneficios para el miembro le proporciona únicamente información general. No incluye asesoría médica y no garantiza cobertura. Para obtener detalles completos sobre sus beneficios y cobertura, incluyendo exclusiones, limitaciones y términos del plan, comuníquese con el Servicio al Cliente del OHP al **800-273-0557**.



## Inscripción en la Organización de Atención Coordinada (CCO o Coordinated Care Organization)

Algunas personas con beneficios OHP de la Tarjeta Abierta también están inscritas en una CCO para algunas categorías de servicios. Los miembros pueden tener una inscripción en una CCO para:

- › salud física y mental
- › sólo para salud mental
- › sólo para salud dental o
- › salud dental y mental.

Si usted está inscrito en una CCO para un tipo de servicio, la CCO paga y coordina ese tipo de atención médica en lugar de la Tarjeta Abierta.

Si está usted inscrito en una CCO además de la Tarjeta Abierta del OHP, recibirá una tarjeta de identificación de miembro de parte de la CCO para mostrar cuando reciba estos servicios.



# Acerca de la Tarjeta Abierta del Plan de Salud de Oregon

En esta tabla puede ver quién coordina sus servicios médicos, dentales y de salud mental: la Tarjeta Abierta o su CCO.

Tipo de Cobertura de CCO	Salud Física	Salud Dental	Salud Mental
Sin Cobertura CCO	Tarjeta Abierta	Tarjeta Abierta	Tarjeta Abierta
CCOA (todos los beneficios a través de CCO)	CCO	CCO	CCO
CCOB	CCO	Tarjeta Abierta	CCO
CCOE	Tarjeta Abierta	Tarjeta Abierta	CCO
CCOF	Tarjeta Abierta	CCO	Tarjeta Abierta
CCOG	Tarjeta Abierta	CCO	CCO

OHA utiliza códigos con letras para rastrear el tipo de atención médica que una CCO es responsable de coordinar. Las personas inscritas en:

- › **CCOA** obtienen toda su atención a través de una CCO
- › **CCOB** obtienen atención médica física y mental a través de una CCO
- › **CCOE** sólo obtienen atención de salud mental a través de una CCO
- › **CCOF** sólo obtienen atención médica dental a través de una CCO
- › **CCOG** obtienen atención de salud dental y mental a través de una CCO



# Acerca de la Tarjeta Abierta del Plan de Salud de Oregon

## OHP y otra cobertura de salud

Además de OHP, algunas personas tienen otra cobertura de salud, tal como un seguro privado o Medicare. Cuando usted tiene otra cobertura de salud, esa es la que paga primero y OHP cubre el resto de su factura. Si usted tiene otra cobertura, muestre tanto su tarjeta OHP como su tarjeta de otra cobertura cuando reciba servicios. Su proveedor de servicios de salud tendrá que aceptar ambos tipos de cobertura para cubrir la factura en su totalidad.

Si sabemos de su otro seguro, éste se incluirá en el recuadro de Atención Administrada/Inscripción TPR” en la página 2 de su carta de cobertura. OHP se refiere a la otra cobertura médica como “Recurso de Terceros” (TPR) o “Responsabilidad de Terceros” (TPL).

Si usted obtiene o pierde otra cobertura adicional a su OHP, debe reportar ese cambio.

Para [reportar cambios de cobertura](#), visite ReportTPL.org o utilice su cuenta en línea en [one.oregon.gov](#).



## Pago de Servicios y Facturas

Todos los servicios cubiertos por el OHP son gratuitos para los miembros de la Tarjeta Abierta de OHP. El pago se maneja entre el proveedor de servicios de salud y la Tarjeta Abierta de OHP. Antes de darle servicio, su proveedor le debe dejar saber si los servicios están cubiertos por la Tarjeta Abierta del OHP.

Si usted busca servicios no cubiertos por la Tarjeta Abierta –o si elige un proveedor fuera de la red– usted deberá pagar de su bolsillo. Antes de recibir un servicio por el que usted pagará, deberá firmar un documento de acuerdo que dice que pagará por ese servicio. Su proveedor tiene la obligación de proporcionarle el documento del acuerdo. Antes de firmar, asegúrese de entender el documento.

A menos que firme un documento de acuerdo, no deberá recibir una factura por los servicios cubiertos por la Tarjeta Abierta. Si recibe una factura, no la pague de inmediato. Llame a Servicio al Cliente del OHP para que podamos ayudarle al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión).



## 2. Sus Beneficios

- 20 [Atención primaria](#)
- 20 [Atención hospitalaria](#)
- 21 [Salud de ojos](#)
- 22 [Salud dental](#)
- 25 [Salud mental](#)
- 26 [Aprobación previa para servicios y medicina](#)
- 28 [Medicamentos](#)
- 30 [Servicios Sociales relacionados con la salud](#)



## Sus Beneficios



### Atención primaria

Los proveedores de cuidado de salud primarios pueden ser los doctores, enfermeros profesionales, asistentes de médicos y naturistas que usted ve para sus chequeos anuales, o a quienes llama cuando está enfermo. Ellos también pueden ayudarle a obtener tratamientos y servicios, o referir con un especialista, cuando así lo requiera.

Esta sección describe los beneficios de cuidados de salud primarios a los que usted y su familia pueden acceder a través de la Tarjeta Abierta, incluyendo:

- › Cuidados de salud primarios
- › Atención de salud visual
- › Salud dental
- › Salud mental (que incluye terapia, consejería individual y tratamiento para trastorno por uso de alcohol y drogas substancias)
- › Servicios integrales, un modelo de atención voluntaria e intensiva para niños con problemas de salud conductual-mental

Es posible que sus proveedores de servicios de salud acepten o no su cobertura de la Tarjeta Abierta del OHP. Si no lo sabe, pregúnteles.



### Para obtener más información

Llame a coordinación de cuidados al **800-562-4620**, de lunes a viernes de 8am a 5pm para obtener ayuda para encontrar a un proveedor de atención primaria y para aprender a hacer una cita. También puede [buscar en línea a un proveedor cerca de usted](#) en [ohpcc.kepro.com](http://ohpcc.kepro.com)



### Atención hospitalaria

La atención hospitalaria y servicios para miembros de la Tarjeta Abierta incluyen:

- › Cirugía (de emergencia y programada)
- › Visitas a la sala de urgencias
- › Atención de trasplantes
- › Atención de salud mental de emergencia
- › Transferencia a otras instalaciones para atención adicional

Los miembros de la Tarjeta Abierta no necesitan **aprobación previa** para atención hospitalaria de emergencia. Los servicios en la sala de urgencias a pacientes hospitalizados y los servicios de atención urgente están cubiertos por la Tarjeta Abierta. **Algunas cirugías programadas y trasplantes requieren aprobación previa.**



### Definición de palabras

**Atención primaria:** El médico profesional que cuida de su salud (PCP por sus siglas en inglés). Por lo general es la primera persona a la que usted llama cuando tiene problemas de salud o necesita atención. Su PCP puede ser un doctor, un enfermero profesional o asistente del médico o algunas veces un naturista.

**Aprobación previa:** Algunas veces su proveedor de atención médica debe enviar información al OHP *Oregon Health Plan* (OHP, Plan de Salud de Oregon) antes de que la Tarjeta Abierta del OHP pague por sus servicios o medicamentos. OHP revisa la información y después envía un documento diciendo si su plan pagará o no. A este proceso se le llama aprobación previa.

**Tarjeta Abierta:** Atención médica cubierta por la OHA *Oregon Health Authority* (OHA). Cuando usted no está inscrito en una *Coordinated Care Organization* (CCO, Organización de atención coordinada) usted es un miembro de la Tarjeta Abierta porque OHA paga su atención médica. OHA cubre todos los servicios no cubiertos por la CCO.

**Servicios integrales:** Un modelo de atención voluntaria e intensiva para niños con problemas de salud conductual-mental.



## Sus Beneficios



### Salud de ojos (Atención del oculista)

En general, OHP **no cubre servicios para corrección visual** (tales como exámenes de la vista y anteojos), excepto como se describe a continuación:

- › Si usted tiene una enfermedad de los ojos, o acaba de tener cirugía para cataratas, OHP cubrirá los anteojos o lentes de contacto. Su proveedor puede ayudarle a averiguar si usted es elegible para estas coberturas.
- › OHP cubre exámenes de la vista y anteojos o lentes de contacto para niños y adolescentes menores de 20 años.
- › Las personas embarazadas de cualquier edad y aquellas mayores de 21 años que han dado a luz en los últimos 12 meses pueden recibir cobertura. La Tarjeta Abierta del OHP Plus Suplementario cubre los siguientes servicios para personas embarazadas de 21 años o más:
  - » Anteojos
  - » Lentes de contacto
  - » Accesorios para anteojos o lentes
  - » Exámenes de la vista para recetar anteojos o lentes de contacto.
- › Los lentes de graduación (corrective lenses, en inglés) sólo se cubren si el miembro es menor de 20 años de edad, si está embarazada, si dio a luz en los últimos 12 meses o si tiene una enfermedad de los ojos que califique. Su proveedor puede ayudarle a averiguar si usted es elegible para lentes de graduación porque tenga una enfermedad de los ojos que califique.



La Tarjeta Abierta necesitará aprobar otros servicios de oculista (atención de salud de ojos).



Si usted tiene la Tarjeta Abierta OHP Plus (para miembros calificados de la Tarjeta Abierta) este cubre exámenes rutinarios de los ojos, para cualquier enfermedad de los ojos, de la siguiente forma:

- › Una vez cada 24 meses para miembros de 21 años o mayores con paquete de beneficio de la Tarjeta Abierta OHP Plus que cubre médico, dental, salud mental y farmacia.
- › Cuando lo ordene su proveedor de atención médica o especialista para miembros de la Tarjeta Abierta OHP Plus OHP que tengan 20 años de edad o menos.



## Salud Dental

El dentista que cuida sus dientes y encías le proporciona los servicios que se mencionan a continuación, cubiertos por la Tarjeta Abierta del OHP:

- › Necesidades dentales urgentes y de emergencia
- › Limpiezas, rayos X, exámenes
- › Aplicaciones de fluoruro
- › Empastes (tapar muelas)
- › Extracciones
- › Coronas (para menores de 20 años y embarazadas)
- › Endodoncias
- › Dentaduras postizas (para 16 años y mayores)
- › Hay servicios adicionales que pueden cubrirse para niños de 20 años y menores



### Para obtener ayuda o más información

de atención oftalmológica, llame al Servicio al Cliente del OHP al **800-273-0557**.



### Definición de palabras

- › **Cubierto (beneficios):** Los servicios por los que paga su plan de atención médica.
- › **OHP Plus:** El paquete de beneficios más completo. Cubre la mayoría de los servicios de atención médica, incluyendo salud física, dental, mental (salud mental y tratamiento de trastorno por uso de sustancias), oculista y recetas.
- › **Rutina:** un procedimiento administrado generalmente por un profesional médico bajo circunstancias que implican poco o ningún riesgo de provocarles lesiones al paciente. Ejemplos de esto incluyen exámenes físicos, extracción de sangre y vacunas contra influenza.



Los miembros necesitan una referencia de su proveedor para poder recibir atención dental especializada como las siguientes:

- › Endodoncistas (para endodoncias)
- › Especialistas peditras (para niños y adultos con necesidades especiales)
- › Periodoncistas (para encías)
- › Cirujanos dental (para extracciones que requieren sedación o anestesia general)
- › Ortodoncistas (en casos extremos, para brackets (o también conocidos como frenos)
- › Ortodoncistas (para brackets, de 20 años de edad y menores) en casos tales como labio leporino o paladar hendido, o cuando el habla, masticar y otras funciones se ven afectadas. Deberá tener la aprobación de su dentista

Si lo refieren con un especialista dental, su dentista de atención primaria le indicará a quién llamar para hacer una cita.



### Para obtener ayuda o más información

Más información:

- › Llame a su consultorio dental para [encontrar un dentista o cambiar a un consultorio dental diferente](#), llame al **800-562-4620**.
- › Visite: [oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/benefits-faq.aspx](http://oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/benefits-faq.aspx)

Si tiene una emergencia dental (como un fuerte dolor de dientes o muelas, la cara hinchada, mucha sangre en su boca o un diente que se le cayó):

- › No espere. Llame inmediatamente a su dentista.
- › Si no tiene un dentista o no puede localizar a su dentista, llame al **800-562-4620**.
- › Si tiene una emergencia médica relacionada con la emergencia dental (tal como sangrado que no se detiene) vaya a la sala de urgencias de un hospital o llame al **911**.



### Definición de palabras

- › **Emergencias de salud dental:** Emergencias son cosas como un fuerte dolor de dientes o muelas, cara hinchada, mucha sangre en su boca o un diente que se cayó.
- › **Especialista:** Un médico capacitado para atender una parte del cuerpo o un tipo de enfermedad.
- › **Proveedor de servicios de salud:** Una persona o grupo de personas con licencia que ofrecen un servicio de atención médica. Por ejemplo, doctores, dentistas o terapeutas.
- › **Referencia:** Dirigir a un paciente con un especialista médico por parte de un médico de atención primaria.



Las personas embarazadas pueden recibir beneficios de cobertura adicional y durante un año después de que termine el embarazo.



La Tarjeta Abierta OHP Plus Suplementario cubre los siguientes servicios para las personas embarazadas de 21 años de edad y mayores:

- › Anteojos
- › Lentes de contacto
- › Accesorios para anteojos o lentes de contacto
- › Exámenes de la vista para recetar anteojos o lentes de contacto
- › Coronas dentales
- › Visitas al dentista para observación
- › Reemplazo de dentaduras postizas completas
- › Endodoncias en molares u otros procedimientos en las raíces de los dientes
- › Algunas cirugías de encías o de la boca
- › Algunos tipos de dentaduras y puentes

## Programa Únicamente Dental para Veteranos

El programa “Dental para Veteranos” es para veteranos que satisfacen los criterios de elegibilidad. El programa proporciona cobertura dental a veteranos elegibles que no califiquen para el paquete de beneficios completo de OHP: médico, dental, salud mental y farmacia.

### Para obtener ayuda o más información

Encuentre información sobre los programas sólo dentales para miembros del Pacto de Libre Asociación y Veteranos en: [OHP.Oregon.gov/dental](http://OHP.Oregon.gov/dental)

### Definición de palabras

- › **Servicios de emergencia:** Atención que recibe durante una crisis médica. Estos servicios pueden ayudarle a estabilizar cuando tiene una enfermedad grave.
- › **Servicios proporcionados por compañeros:** Son personas que utilizan su experiencia vivida (adicciones, condición de salud mental, miembro de la familia de un individuo con una enfermedad mental) y proporcionan una guía y apoyo a un niño o miembro de la familia que esté experimentando una situación similar. Pueden:
  - › Mostrarle cómo obtener los servicios adecuados para usted y su familia.
  - › Acompañarlo a reuniones.
  - › Apoyarlo en su recuperación.
  - › Apoyarlo para atender a sus hijos con necesidades de salud física o mental especiales.
- › **Tratamiento residencial:** es un programa de atención médica en el que los jóvenes o adultos se quedan en una instalación de atención de 24 horas para recibir terapia, apoyo y atención a problemas tales como uso de sustancias. Algunos centros permiten que los padres traigan a sus hijos. Llame a la Coordinación de Atención al **800-562-4620** para saber cuáles son los programas de tratamiento.

### Para obtener ayuda o más información

Para [más información sobre servicios de salud mental](http://oregon.gov/oha/hsd/amh/pages/index.aspx) visite: [oregon.gov/oha/hsd/amh/pages/index.aspx](http://oregon.gov/oha/hsd/amh/pages/index.aspx).

Si usted o alguien que usted conoce está en peligro, llame al 988 inmediatamente.



## Salud mental

La atención de salud mental incluye terapia, consejería individual, el tratamiento de afecciones de salud mental o trastornos por uso de alcohol y drogas.

- › Atención de salud mental
- › Tratamiento de trastorno por uso de alcohol y drogas (ver a continuación)
- › Coordinación de cuidados
- › Manejo de casos (profesionales que le son asignados para ayudarlo a entender sus servicios o case manager en inglés)
- › Servicios de emergencia
- › Evaluaciones y consultas
- › Hospitalización
- › Manejo de medicamentos
- › Medicamentos
- › Servicios proporcionados por compañeros (ver a continuación)
- › Tratamiento residencial (ver a continuación)
- › Terapia



**El tratamiento de trastorno por uso de sustancias** incluye servicios si usted tiene problemas con el alcohol o drogas. No necesita ser referido para recibir ayuda. Algunos de los servicios de tratamiento cubiertos como paciente externo o residencial son:

- › Revisión, evaluación y examen físico, incluyendo pruebas de orina
- › Acupuntura
- › Desintoxicación de las sustancias
- › Orientación individual, en grupo y familia o pareja
- › Los medicamentos cubiertos incluyen:
  - ›› Metadona
  - ›› Suboxona
  - ›› Buprenorfina
  - ›› Vivitrol
  - ›› Otros medicamentos que ayudan a disminuir o detener el uso de alcohol o drogas



## Servicios Integrales para Niños y Familias

Para niños y jóvenes en crisis debido a problemas de salud mental o uso de alcohol y drogas, los miembros de la Tarjeta Abierta del OHP pueden acceder a algo que se llama “Servicios Integrales”.

Estos servicios son para niños y jóvenes hasta de 17 años de edad que cumplan con las dos siguientes condiciones:

- › Que participen en el sistema de salud mental y por lo menos en otro sistema, como cuidado temporal, educación especial, justicia juvenil, programas de discapacidad intelectual/de desarrollo
- › Que estén cubiertos por un plan OHP, tal como la Tarjeta Abierta



Los Servicios Integrales proporcionan a los jóvenes y a su familia un equipo de personas capacitadas para apoyarlos en sus necesidades, incluyendo servicios en casos de crisis y seguridad. El equipo también puede ayudar a los jóvenes y a su familia a crear un plan para lograr los resultados positivos para el futuro que identifiquen.

Los Servicios Integrales están disponibles en todos los condados de Oregon. Y una vez que un niño o joven es elegible para los Servicios Integrales, pueden recibir los servicios hasta que cumplan 25 años. Los servicios y elegibilidad se determinan sobre una base de caso por caso en las comunidades locales.



## Aprobación Previa para Servicios y Medicamentos

### ¿Qué es la aprobación previa?

Algunas veces, su proveedor de servicios de salud debe enviar información al OHP antes de que la Tarjeta Abierta del OHP pague sus servicios o medicamentos. OHP revisa la información y después envía un documento diciendo si su plan pagará o no. A este proceso se le llama aprobación previa.

**En casos en los que OHP dice que su plan no va a pagar, usted tendría que pagar de su bolsillo el servicio o medicamento.**

En las siguientes páginas verá una lista de servicios de atención médica y medicamentos que podrían requerir aprobación previa.

Además de los que aparecen en la lista, es posible que necesite aprobación previa si:

- › La evidencia muestra que un servicio o medicamento no es eficaz para ciertas personas,
- › La evidencia muestra que un servicio o medicamento puede no ser seguro para ciertas personas, o
- › Puede recetar un medicamento menos costoso, pero igual de efectivo.



### Para obtener ayuda o más información

Puede encontrar [proveedores de Servicios Integrales](https://www.oregon.gov/IntensiveServices) en la página web de OHA: [oregon.gov/IntensiveServices](https://www.oregon.gov/IntensiveServices).

Para obtener aprobación previa para un servicio o medicamento, pregunte a su proveedor de servicios de salud.



### Definición de palabras

- › **Costos de bolsillo:** Costos relacionados con su plan de salud por los que usted es responsable, tales como primas mensuales para Medicare y copagos.
- › **Proveedor de servicios de salud:** Una persona o grupo de personas con licencia que ofrecen un servicio de atención médica. Por ejemplo, doctores, dentistas o terapeutas.

### Obtener aprobación de servicios

Los servicios de atención médica que podrían necesitar atención previa incluyen:

- › **Atención médica en casa** (servicios que obtenga en su casa, como ayuda a bañarse y alimentarse)
- › **Equipo y suministros médicos** (como suministros para diabéticos, pañales y catéteres)
- › **Equipo y suministros médicos de larga duración** (cosas como sillas de ruedas y camas de hospital)
- › **Hospitalizaciones** (el tiempo que pasa en un hospital)
- › **Medicamentos** que no se encuentren en la Lista de Medicamentos Preferidos (medicamentos no automáticamente cubiertos por la Tarjeta Abierta)
- › **Servicios dentales** (servicios y atención para sus dientes, boca y encías)
- › **Servicios de especialidad** (por lo general un doctor lo referirá si piensa que usted necesita de la experiencia y conocimientos o tratamiento proporcionado por otro profesional de atención médica)
- › **Servicios de habla y lenguaje** (servicios para personas que tienen dificultades para comunicarse, comer, beber y tragar)
- › **Servicios de proveedores de salud** fuera de la red (significa que usted elige ver a un proveedor que no esté en su red)
- › **Servicios de radiología** (servicios como Rayos X o Imágenes de Resonancia Magnética que ayuden a diagnosticar problemas de salud)
- › **Servicios de salud para los ojos** (oculista) para personas adultas no embarazadas mayores de 21 años de edad (servicios tales como exámenes de la vista, anteojos y lentes de contacto)
- › **Servicios o atención fuera del estado** (servicios o atención que usted reciba fuera de Oregon)
- › **Terapia física** (ejercicio o tratamiento para ayudarlo a moverse mejor, reforzar músculos o aliviar dolor)



- › **Terapia ocupacional** (ejercicio o tratamiento que le ayude a realizar sus actividades cotidianas y reducir, prevenir o adaptarse a discapacidades)
- › **Trasplantes** (procedimiento médico en el que un órgano o tejido se mueve del cuerpo de una persona a cuerpo de otra persona)

### Obtener aprobación para medicamentos

Algunas veces, su doctor debe enviar información al OHP antes de que la Tarjeta Abierta pague sus medicamentos.

**A este proceso se le llama aprobación previa.**

Si su medicamento requiere aprobación previa, usted puede:

- › Preguntarle a su proveedor de servicios de salud si un medicamento o servicio equivalente está cubierto,
- › Pedirle a su proveedor de servicios de salud que envíe una nota a OHP explicándole por qué debe cubrir este medicamento o servicio, o
- › Para medicamentos, solicitar medicamento gratuito al Programa de Asistencia al Paciente de la compañía que fabrica los medicamentos.

**Si necesita la receta de inmediato y no puede esperar la aprobación,** su farmacia puede darle un documento de contrato para pagar los servicios de la farmacia. Si usted llena y firma este documento, significa que está de acuerdo en pagar la receta ahora. Si OHP aprueba la receta posteriormente y acuerda pagar, la farmacia le devolverá su dinero.

Su proveedor de servicios de salud puede utilizar la [Lista de Medicamentos Preferidos de la Tarjeta Abierta del OHP](https://www.oregon.gov/IntensiveServices) para encontrar la información necesaria para la aprobación previa [orpd.org/drugs](https://www.oregon.gov/IntensiveServices). Esta lista muestra qué recetas requieren aprobación previa. La lista se actualiza a menudo.



Si la solicitud de aprobación previa de su proveedor es rechazada, usted recibirá una carta de OHP (OHP nunca niega cobertura telefónica o durante una visita con un proveedor). Esta notificación escrita le dirá cómo reclamar o pedir una audiencia si usted no está de acuerdo con la decisión.

### Notificaciones de rechazo

Un rechazo o Notificación de Rechazo es una decisión oficial del OHP para no pagar –o dejar de pagar– por los servicios que usted recibe.

Si se niega el pago por algún servicio o medicamento, usted y su proveedor obtendrán por correo una carta escrita de OHP. La notificación escrita le dirá cómo pedir una audiencia si no está de acuerdo con la decisión.

OHP nunca niega servicios por teléfono ni durante una visita con un proveedor.

Si su proveedor de servicios de salud dice que OHP no cubrirá la atención, usted puede solicitarle al proveedor una notificación de rechazo por escrito.

Puede llamar al (800) 273-0557 para más información o visitar:

[oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/appeals-hearings.aspx](https://oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/appeals-hearings.aspx).



## Medicamentos

### ¿Quién pagará sus medicamentos?

Asegúrese que su farmacia conozca toda su cobertura médica, incluyendo la Tarjeta Abierta del OHP y otra cobertura si la tiene (como una CCO o Medicare Parte D o un seguro médico privado). Si tiene Medicare Parte D o un seguro médico privado, su farmacia deberá facturarles primero a estos.

- › La Tarjeta Abierta paga los medicamentos para salud mental y física. Para averiguar si un medicamento específico está cubierto, pregúntele a su proveedor de servicios de salud.
- › Si usted se encuentra en una CCO, le pagará sus medicamentos de salud física.
- › Si usted tiene Medicare Parte D, la Tarjeta Abierta sólo pagará las recetas que Medicare no cubra.
  - › Si tiene un seguro privado y la Tarjeta Abierta del OHP le ayudará pagar los copagos.
  - › Si usted se encuentra en los planes Dental para Veteranos, Moda Health le pagará algunos medicamentos a su dentista.
  - › No necesita pagar nada por medicamentos que estén cubiertos en su plan.

### ¿Qué pasa si le piden que pague los medicamentos de una receta?

Algunas veces usted tiene que pagar los medicamentos. Esto sucede si:

- › Usted firmó un contrato para pagar los medicamentos de la receta, o
- › Si tiene Medicare, pero no está inscrito en Medicare Parte D, cobertura de recetas y la receta hubiera sido cubierta por Medicare Parte D si tuviera esa cobertura.



Si piensa que no le debieron haber pedido que pagara el medicamento, llame al Servicio al Cliente del OHP al **800-273-0557**.

Sus proveedores de servicios de salud deberán decirle si sus medicamentos están cubiertos por la Tarjeta Abierta del OHP antes de recetarlos.

### ¿Cuáles son los medicamentos que están cubiertos?

- › Si usted está en una CCO, llámeme para que le hagan llegar la lista de medicamentos que cubren. También, puede encontrarla en la página web de su CCO.
- › La Tarjeta Abierta del OHP cubre los medicamentos de [la lista de medicamentos preferidos](https://www.orpdl.org) (orpdl.org). Para buscar su medicamento, deberá saber el nombre exacto del medicamento. Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente del OHP al **800-273-0557**.

### ¿Cómo obtiene sus medicamentos?

- › OHP pagará sus medicamentos únicamente si los receta un médico. Su proveedor de servicios de salud le enviará una receta electrónica o por fax a la farmacia o le dará una receta escrita para que usted la lleve a la farmacia.
- › Para recibir y surtir un medicamento con receta, deberá presentar su identificación (como licencia de conducir o identificación de otro estado) y tarjetas de cobertura médica. Si no tiene una identificación emitida por el gobierno, llame a su farmacia. Puede recibir medicamento hasta para 100 días, dependiendo de la receta.

Si no le pagan sus medicamentos, pregunte a su médico si está inscrito en el OHP. Si está inscrito, puede preguntar:

- › Si el medicamento no está cubierto es porque es demasiado pronto para volver a surtir o porque es de demasiada cantidad.
- › Si hay otro medicamento que sea igualmente efectivo que sí esté cubierto.
- › Si esta necesita aprobación previa del OHP.
- › Cómo solicitar medicamento gratuito al **Programa de Asistencia** al Paciente de la compañía que fabrica el medicamento.

### Su farmacia

Usted puede surtir sus recetas en una farmacia diferente y hacer que OHP las pague en caso de que tenga una necesidad urgente y:

- › Su farmacia no esté abierta
- › No pueda ir a su farmacia, incluso utilizando el servicio de transporte de OHP, o
- › Su farmacia no tenga el medicamento recetado en existencia.

Si usted es parte de una CCO, su carta de cobertura identifica una farmacia a la que usted puede ir. Cuando sea posible, deberá obtener sus medicamentos en esta farmacia. Si usted no está en una CCO, entonces su carta de cobertura no incluirá una farmacia.



### Servicios sociales relacionados con la salud

Las necesidades sociales relacionadas con la salud (Health-Related Social Needs o HRSN) se refieren a los obstáculos para la salud, como la falta de vivienda o de acceso a los alimentos. Los miembros del OHP que enfrentan ciertas situaciones de la vida, con una necesidad médica, pueden calificar para recibir apoyos sociales. Comuníquese con Servicios al Cliente para informarse sobre qué servicios de HRSN están disponibles.

Los servicios de HRSN incluyen:

- › **Servicios que atiendan necesidades por cambios en el clima:** Es probable que este servicio inicie en marzo de 2024. Incluye equipos médicamente necesarios tales como equipos de aire acondicionado, calefactores, equipo para filtrar el aire, fuentes de energía portátiles y unidades de mini refrigeración para medicamentos.
- › **Servicios de vivienda:** Se espera que estos beneficios de vivienda comiencen el 1° de noviembre del 2024, y está al pendiente de aprobación por parte del gobierno federal. Este beneficio está destinado para personas que tienen una necesidad médica y corren el riesgo de quedarse sin vivienda. Los beneficios pueden incluir ayuda con el alquiler y los servicios públicos.
- › **Servicios de nutrición:** Es probable que este beneficio comience el 1° de enero del 2025 e incluya educación nutricional, comidas adaptadas desde el punto de vista médico, comidas o provisión de despensa, recetas de frutas y verduras.

Usted puede ser elegible para recibir algunos o todos los servicios de HRSN si es miembro del OHP y:

1. Está en riesgo de quedarse sin hogar
2. Se le dio de alta del Hospital Estatal de Oregon y de algunos programas en donde recibe tratamiento por consumo de drogas o alcohol
3. Salió recientemente de la cárcel
4. Si es usted un joven que está saliendo del sistema de bienestar infantil (*Child Welfare System*)
5. Es una persona en transición a un estado dual con el OHP y Medicare
6. Es un adulto joven con necesidades especiales de atención médica (no puede recibir servicios hasta 2025)

Por favor, póngase en contacto con la Coordinación de Atención al **800-562-4620** para ser evaluado para su elegibilidad a HRSN. La Coordinación de la Atención puede ayudarle a programar citas para los servicios de la HRSN, incluida la evaluación. También puede completar su propio formulario de solicitud de HRSN, puede designar a alguien más para que le ayude a completarlo, o pedirle a una organización comunitaria que le brinde apoyo para completar el formulario. En el caso de los afiliados de la Tarjeta Abierta, los formularios de solicitud de HRSN deben enviarse a la Coordinación de Atención.

Puede solicitar a la Coordinación de Atención que compruebe o niegue su elegibilidad. Si se aprueba:

- › Puede aceptar o rechazar los servicios de HRSN que le ofrezcan.
- › Los servicios de HRSN son gratuitos para usted, y puede renunciar a ellos en cualquier momento. Si recibe servicios de HRSN, su equipo de Coordinación de Atención trabajará con usted para asegurarse de que su plan de atención incluya los servicios que recibe.

Tenga en cuenta que, para seleccionar y recibir los servicios de la HRSN, es posible que se recopilen sus datos personales para determinar si cumple con los requisitos y que algunos de ellos podrían compartirse con quienes prestan el servicio.





### 3. Atención para Niños

- 34 [Servicios de Nutrición y Programa Especial de Nutrición Suplementaria para mujeres, infantes y niños de Oregon o WIC\)](#)
- 34 [Cobertura exhaustiva y preventiva para miembros menores de 21 años de edad](#)



## Servicios de Nutrición y Programa Especial de Nutrición Suplementaria para mujeres, infantes y niños de Oregon o WIC)

### ¿Qué es WIC?

WIC es el Programa de Nutrición Suplementaria de Oregon para Mujeres, Infantes y Niños (*Nutrition Services and Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children*). WIC es para personas embarazadas, padres o tutores nuevos y en período de lactancia y niños menores de 5 años. Los padres, abuelos, padres adoptivos o tutores pueden solicitar WIC para sus hijos.



WIC ayuda a mejorar la salud de los padres y tutores y apoya el desarrollo saludable de infantes y niños, dándoles:

- › Educación sobre nutrición
- › Apoyo para lactancia
- › Alimentos saludables
- › Evaluaciones y referencias de salud
- › Máquina para extraer leche
- › Productos de fórmula para bebés
- › Ayuda con transporte para sus citas a WIC (vea “Ayuda para obtener transporte en la página 1).



## Para obtener ayuda o más información

[Conoce más sobre los servicios de WIC](#) como las guías para ser elegible, cuánto ingreso debes ganar para poder calificar, direcciones a las clínicas y tiendas de WIC, lista de alimentos elegibles y noticias en: [healthoregon.org/wic](http://healthoregon.org/wic).

### ¿Está interesado en WIC?

Llene el formulario de interés en línea en esta liga y alguien se comunicará con usted pronto: [oregon.gov/oha/PH/HEALTHYPEOPLEFAMILIES/WIC/Pages/interest-form.aspx](http://oregon.gov/oha/PH/HEALTHYPEOPLEFAMILIES/WIC/Pages/interest-form.aspx). O llame al **971-673-0040**.



## Cobertura completa y preventiva para miembros menores de 21 años de edad

### Cobertura del *Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment* o EPSDT (Programa de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento)

El OHP ahora cubre a niños y adolescentes de hasta 21 años de edad para toda la atención médicamente necesaria y médica (o dentalmente) apropiada. Esto incluye evaluaciones, chequeos, pruebas y atención de seguimiento, así como servicios que OHP no cubrió en el pasado. Para este grupo de edad se cubren más servicios de atención médica que para los miembros de OHP mayores de 21 años.



Los miembros de OHP menores de 21 años pueden recibir atención médicamente necesaria y médica (o dentalmente) apropiada, lo que incluye:

- › Atención para su hijo o hija siempre que esté enfermo(a) o lesionado(a)
- › Atención de seguimiento
- › Chequeos cada año, hasta los 20 años
- › Evaluaciones de salud (vista, oídos, salud mental y desarrollo)
- › Pruebas
- › Terapia (física, ocupacional, habla-lenguaje-oídos, terapia de salud mental individual y familiar, otros)
- › Otros servicios de salud mental
- › Atención dental
- › Atención de especialidad
- › Servicios en casa
- › Segundas opiniones

Incluso si sus hijos tuvieron una evaluación y todo parecía estar bien, hable con su médico si algo cambió. Asegúrese de decirle a su médico si:

- › Sus hijos han estado batallando en la escuela debido a su condición de salud o desarrollo o si empezó con servicios nuevos o apoyos en la escuela.
- › Sus hijos tienen baja autoestima, ansiedad o cambios de humor o comportamiento (como alejarse de sus amigos o ser más agresivo o si tiene comportamientos de resistencia).
- › Está usted preocupado porque sus hijos no están cumpliendo sus metas de desarrollo o no actúa como los demás niños de su edad o tiene cambios en sus niveles de energía o actividad.

¿Qué pasa si su proveedor de servicios de salud dice que OHP no cubre la atención?

Si su proveedor de servicios de salud le dice “OHP no cubre eso”, usted puede solicitarle a OHP una carta de rechazo. Recuerde, OHP nunca niega servicios por teléfono ni durante una visita. Usted siempre obtendrá una carta si se le negó algo.

La notificación de rechazo por escrito incluirá instrucciones claras sobre cómo apelar la decisión. También, le explicará cómo solicitar una audiencia si usted no está de acuerdo con la decisión.

Puede preguntarles a los médicos de su hijo o hija si tienen información sobre las nuevas reglas de cobertura OHP del Programa de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT). Es posible que algunos médicos no hayan visto las actualizaciones de esto.

### Más información

- › El doctor, especialista, terapeuta u otro proveedor(es) de su hijo o hija tomarán en cuenta las necesidades personales e historia médica para decidir qué es médicamente necesario y médica (o dentalmente) apropiado para su hijo o hija.
- › Médicamente necesario significa un tratamiento que se requiere para evitar, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para apoyar el crecimiento, desarrollo y participación en la escuela.
- › Médica (o dentalmente) apropiada significa que el tratamiento es seguro y eficaz.
- › En algunos casos, el proveedor necesitará presentar información a OHA para la aprobación. En estos casos, OHA revisará y tomará decisiones respecto a la cobertura. Cuando sea necesario, se consultan a especialistas pediatras para que ayuden con esto.



## ¿Quién obtiene la cobertura?

Todos los miembros del OHP menores de 21 años, incluyendo:

- › Miembros de la Tarjeta Abierta y del CCO
- › Miembros que se inscribieron a través de Oregon Más Saludable.

## ¿Por qué es esto importante?

Estos servicios le ayudan a prevenir enfermedades o encontrar signos de enfermedad muy pronto para empezar con el tratamiento apropiado. Estos servicios también ayudan a apoyar a los niños y jóvenes con discapacidad.

Si usted siente que su hijo o hija necesita atención, esta cobertura puede ayudarle. Para buscar atención, hable con el proveedor de atención médica de su hijo o hija.

## Programe visitas de rutina con sus hijos e hijas niños y adolescentes. Las visitas deben ser en las siguientes edades:

- › 1 mes
- › 2 meses
- › 4 meses
- › 6 meses
- › 9 meses
- › 12 meses
- › 15 meses
- › 18 meses
- › 2 años
- › 2 ½ años
- › Cada año de los 3 a los 21 años

Si usted piensa que su hijo o hija necesita una evaluación o referencia con un especialista, hable con el proveedor de atención médica de su hijo o hija.



## ¿Está usted embarazada o tiene un recién nacido?

El OHP proporciona cobertura para los servicios antes, durante y después del embarazo – incluyendo servicios para bebés recién nacidos. Para calificar para esta cobertura, asegúrese de hacer lo siguiente:

- › Mantenga actualizado su domicilio.
  - › Llame al **800-699-9075** de lunes a viernes de 7am a 6pm para actualizar su domicilio u obtener ayuda en muchos idiomas
  - › [Encuentre una oficina o socio de comunidad cerca de usted](#): KeepCovered.Oregon.gov
- › [Informe sobre cambios y responda a renovaciones en línea](#): Benefits.Oregon.gov
- › Informe al OHP de su embarazo. Después del nacimiento, informe a OHP el nombre y fecha de nacimiento del recién nacido.
- › Obtenga [información sobre lo que está cubierto durante el embarazo y ayuda gratuita del OHP](#): oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Pregnancy-Care.aspx

## Cosas que deberá considerar:

- › Prepárese para los chequeos de su hijo o hija, utilizando el [Planificador de Visitas de Rutina](#), este es un recurso de planeación gratuito para enfocarse en sus necesidades y objetivos: wellvisitplanner.org
- › Hable con el coordinador de atención de la Tarjeta Abierta o con el coordinador de referencias de su clínica si necesita ayuda para obtener una cita. Estos coordinadores pueden ayudarle si su proveedor tiene problemas para conectarlo con un tratamiento o servicio. Puede llamar al número que aparece al reverso de su tarjeta de miembro o llamar a la coordinación de cuidados de la Tarjeta Abierta al **800-562-4620**.
- › Miembros de la Tarjeta Abierta Indígenas Americanos/ Nativos de Alaska llamen a CareOregon al **1-844-847-9320** para coordinación de cuidados.
  - › Si recibe una negación de servicios, usted tiene derecho a solicitar una audiencia con OHA.
  - › Si necesita ayuda para entender estos procesos, puede ponerse en contacto con Servicio al Cliente de OHA al **800-273-0557** o trabajar con un [Socio de confianza de la Comunidad OHP](#) de la siguiente lista: OregonHealthCare.gov/GetHelp.
  - › Si tiene problemas para obtener servicios o tiene alguna preocupación, puede ponerse en contacto con OHA Ombuds Office en: [OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov](mailto:OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov) **1-877-642-0450** (únicamente para dejar mensaje).
  - › También puede buscar información en el programa Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT o Programa de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento) escribiendo a: [Info@odhsoha.oregon.gov](mailto:Info@odhsoha.oregon.gov).



## Más información

A continuación están algunas cosas que OHP puede cubrir cuando son médicamente necesarias y médica (o dentalmente) apropiadas para un miembro menor de 21 años:

- › Sedación para procedimientos dentales.
- › Brackets (también llamado frenos) en casos de labio leporino y paladar hendido o cuando el habla, masticar y otras funciones se ven afectadas.
  - › Deberá tener la aprobación de un dentista.
  - › Su dentista le ayudará a identificar lo que necesita su hijo o hija en el momento correcto para ayudarlo a aprender y crecer. Si algo no funciona, el dentista puede encontrar un tratamiento diferente.
- › El tipo de terapia correcto en el momento adecuado para ayudarlo a su hijo o hija a aprender y crecer. Si algo no funciona, el médico puede ayudarle a encontrar un tratamiento o terapia diferente.
- › Servicios de salud proporcionados por el personal escolar, por ejemplo, como parte de un Programa de Educación Individualizado.
- › Reevaluaciones cuando algo cambia.

Hay [más información sobre EPSDT](#) disponible en Oregon.gov/EPSDT



## 4. Emergencias

---

- 40 [Salud física](#)
- 40 [Salud mental](#)
- 41 [Salud dental](#)
- 41 [Emergencias fuera del estado](#)



Una emergencia médica significa una enfermedad repentina o lesiones inesperadas que necesiten tratamiento inmediato para evitar problemas graves o la muerte. Esto puede ser una emergencia de salud física, como una hemorragia grave. También puede ser una emergencia mental o por uso de sustancias, como sentirse fuera de control.

La Tarjeta Abierta cubre atención de emergencia en Oregon y fuera del estado.

- › **Si tiene una emergencia física o dental (como un fuerte dolor de dientes o muelas, la cara hinchada, mucha sangre en su boca o un diente que se le cayó) llame al 911.**
- › **Si tiene una emergencia de salud mental, llame al 988.**



## Emergencias de salud física

Están cubiertas las emergencias de salud física tales como ambulancia y servicios en la sala de urgencias.

Emergencia significa una enfermedad repentina o lesiones que necesiten tratamiento inmediato para evitar problemas graves o la muerte.

**Si tiene una emergencia de salud física, llame al 911.**



## Emergencias de salud mental

Si usted o alguien que usted conozca está luchando o está en crisis por un problema de salud mental o uso de sustancias, hay ayuda disponible. Las personas pueden obtener ayuda 24 horas al día, 7 días a la semana:

- › Llamando al **988**
- › Enviando un mensaje escrito al **988**, o
- › [Chats en línea en inglés y en español:](https://988lifeline.org/chat) 988lifeline.org/chat
- › Visite la página [988lifeline.org](https://988lifeline.org)

**El 988 Línea de la Vida en caso de Suicidio y Crisis** pone en contacto a las personas con consejeros capacitados en situación de crisis. Ellos le ofrecen solidaridad, atención y apoyo.

El 988 Línea de la Vida en caso de Suicidio y Crisis siempre está disponible: 24 horas al día, 7 días a la semana. La Línea de la Vida es para personas o sus seres amados que se encuentren en cualquier tipo de crisis de salud mental, tal como:

- › Sufrimiento relacionado con salud mental,
- › Pensamientos suicidas o de lastimarse a sí mismo, o
- › Crisis por uso de sustancias.

La Línea de la Vida responde llamadas, mensajes de texto y chats en español y en inglés. También ofrece servicios de interpretación en más de 250 idiomas.

**Las personas sordas o con discapacidad auditiva o que prefieran utilizar Lengua de Señas Americana pueden conectarse con un asesor capacitado:**

- › Enviando un mensaje de texto al **988**
- › Utilizando su servicio de retransmisión preferido o marcando **711** y después **988** (para usuarios de TTY)
- › Enviando [un mensaje de texto](https://988lifeline.org/chat) a 988lifeline.org/chat
- › Visitando [988lifeline.org/help-yourself/for-deaf-hard-of-hearing](https://988lifeline.org/help-yourself/for-deaf-hard-of-hearing)

**Los veteranos pueden obtener apoyo:**

- › Llamando al **988** y presionando 1
- › Enviando un mensaje de texto al **838255**
- › Visitando [veteranscrisisline.net/get-help-now/chat/](https://veteranscrisisline.net/get-help-now/chat/)



## Emergencias de salud dental

Emergencias son cosas como un fuerte dolor de dientes o muelas, cara hinchada, mucha sangre en su boca o un diente que se le cayó.

- › No espere. Llame a su dentista de inmediato.
- › Si usted no tiene dentista o no puede localizarlo, llame al **800-562-4620**.
- › Si tiene una emergencia que no pueda esperar a una cita (tal como hemorragia que no se detiene) vaya a la sala de urgencias o llame al **911**.



## Emergencias fuera del estado

No se requiere aprobación previa para servicios de emergencia necesarios para miembros de la Tarjeta Abierta del OHP cuando se estén fuera del estado.



## 5. Cuidado a miembros Indígenas Americanos / Nativos de Alaska

- 44 [Los miembros del OHP que sean Indígenas Americanos y Nativos de Alaska pueden inscribirse en la Tarjeta Abierta](#)
- 44 [Miembros de la Tarjeta Abierta de la CCO CareOregon para Naciones Indígenas Americanas y Nativos de Alaska](#)



## Cuidado a miembros Indígenas Americanos / Nativos de Alaska



### Los miembros del OHP que sean Indígenas Americanos y Nativos de Alaska pueden inscribirse en la Tarjeta Abierta

Las personas Indígenas Americanos o Nativos de Alaska pueden inscribirse en la Tarjeta Abierta del OHP. Si lo desean, pueden elegir inscribirse en una CCO. OHP no lo inscribirá en una CCO a menos que usted lo solicite.



### Miembros de la Tarjeta Abierta de la CCO CareOregon para Naciones Indígenas Americanos y Nativos de Alaska

Si necesita ayuda para encontrar a un proveedor o para obtener cuidado, puede ponerse en contacto con CareOregon para solicitar asistencia a la coordinación de cuidados, de manera gratuita. Llame al **844-847-9320** para solicitar ayuda, de lunes a viernes de 8am a 5pm.



## 6. Ayuda

---

- 48 [Póngase en contacto con nosotros](#)
- 49 [Coordinación de cuidados](#)
- 49 [Transporte para sus citas](#)



## En esta sección encontrará información sobre:

- › Preguntas que tenga
- › Preocupaciones o quejas
- › Obtener proveedores de atención médica que trabajen juntos para proporcionarle la atención que usted necesita
- › Obtener transporte para acudir a los servicios de atención médica cubiertos por la Tarjeta Abierta del OHP



## Póngase en contacto con nosotros

Si no está contento con el OHP, con su médico, o con los servicios de salud que usted o sus seres amados reciben, queremos saberlo. Por ejemplo, díganos:

- › Si tiene problemas para hacer una cita
- › Si tiene problemas para encontrar a un médico cerca de usted
- › No se siente respetado o entendido
- › Si le dieron un tratamiento con el que usted no se sentía seguro, pero de todos modos se lo dieron
- › Le llegaron cobros por servicios que usted no está de acuerdo en pagar.

Háganos saber si tiene preguntas sobre este manual o sobre su cobertura de la Tarjeta Abierta del OHP, o si tiene preocupaciones o quejas de la atención que usted o sus seres amados reciben. Puede ponerse en contacto con la OHA utilizando cualquiera de lo siguiente:

- › Si tiene problemas para utilizar la atención, con las facturas o beneficios
  - › Llame al **800-273-0557** (TTY 771) de lunes a viernes de 8am a 5pm.
  - › Escriba a [Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov](mailto:Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov).

- › Envíe un correo electrónico seguro a [Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov](mailto:Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov).
- › Si necesita ayuda en horas no hábiles, llame a la Línea de consulta con un profesional de Enfermería al **800-562-4620**, que está disponible 24 horas al día.
- › Si necesita solicitar, renovar o informar sobre cambios a su OHP llame al Servicio al Cliente de Elegibilidad ONE: Teléfono: **800-699-9075** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión) de lunes a viernes de 7am a 6pm.
- › Para [compartir una pregunta, problema, o queja con el Servicio al Cliente del OHP](#), llene esta solicitud [OHP.Oregon.gov/CSU](http://OHP.Oregon.gov/CSU)

## Ombuds Program de la Autoridad de Salud de Oregon

El *Ombuds Program* de la OHA (Programa Ombuds de la Autoridad de Salud de Oregon) ayuda a los miembros del OHP a resolver preguntas o preocupaciones relacionadas con la cobertura, acceso a beneficios de salud mental, física o dental y rechazos. Los miembros tienen derecho a recibir ayuda gratuita del *Ombuds Program* de la OHA.

- › Usted puede obtener ayuda llamando al **877-642-0450** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión). Si no puede comunicarse con alguien, puede dejar un mensaje las 24 horas del día, siete días de la semana.
- › Puede enviar un correo electrónico al programa Ombuds a [OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov](mailto:OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov)
- › Una vez que llame o que se haya recibido su caso, se le asignará a un defensor quien trabajará directamente con usted hasta que se resuelva su problema o se respondan sus preguntas.

El *Ombuds Program* de la OHA no es un servicio de emergencia. Los miembros pueden esperar una respuesta dentro de los cuatro días hábiles siguientes. Se protege la privacidad de la persona y su información no se compartirá si no existe una Solicitud de Liberación de Información. Para obtener esta solicitud, llame al **877-642-0450**. El *Ombuds Program* de la OHA no compartirá ninguna información personal con nadie que no esté autorizado a recibirlo.

Si no está contento con la forma en la que la Tarjeta Abierta o su CCO atiende sus preocupaciones, puede pedir ayuda en cualquier momento al *Ombuds Program* de la OHA

- › Correo: **500 Summer St. NE, Salem, OR 97301**
- › Fax: **503-947-2341**
- › Número gratuito: **877-642-0450** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión)



## Coordinación de cuidados

La Coordinación de Cuidados es uno de sus beneficios. Puede ayudar a todos sus proveedores de servicios de salud a trabajar juntos para que lo ayuden a usted mejor.

Puede llamarnos de lunes a viernes de 8am a 5pm al **800-562-4620**.

### Qué hacemos:

- › Le ayudamos a hablar con sus médicos
- › Le damos información para que pueda usted tomar las mejores decisiones de su cuidado médico
- › Le ayudamos a obtener los servicios que necesita
- › Atendemos sus necesidades culturales y de idioma. Puede pedir un intérprete.
- › Le ayudamos a encontrar médicos
- › Le ayudamos a encontrar los medicamentos para su tratamiento, si es que los necesita



- › Lo referimos con el coordinador de atención adecuado, si usted no es uno de nuestros miembros
- › Usted tendrá una línea de asesoría de enfermería que está siempre abierta

## Servicios Especiales para algunos miembros de una CCO:

- › Ayuda a las personas que tengan partos planeados en su comunidad, hasta 30 días posteriores al nacimiento
- › Ayuda con algunos medicamentos para salud mental que estén cubiertos, pero no por una CCO. Incluso si tiene usted una cobertura CCO para servicios de salud mental, algunos medicamentos los paga la Tarjeta Abierta del OHP.



## Transporte para sus citas

Puede obtener transporte gratis para atender a sus visitas a doctores, dentistas, farmacias y otros proveedores de servicios de salud de la Tarjeta Abierta del OHP.

### ¿Qué tipo de transporte puedo obtener?

Usted puede tener acceso a servicios de autobús o taxi. En algunos casos de la Tarjeta Abierta del OHP puede devolverle los costos de viaje, tales como gasolina, alimentos y alojamiento. **Usted debe obtener una aprobación antes de solicitar que le devuelvan los costos del viaje.**

### ¿Hay algún costo que yo deba pagar?

No. A usted nunca se le debe cobrar el transporte a ni desde los servicios cubiertos.

### ¿Cómo obtengo un transporte?

Por lo menos dos (2) días antes de su cita, llame a la compañía de **Non-Emergency Medical Transportation** (NEMT Transporte Médico de no Emergencia) de su condado. Si así lo desea, alguien puede hacer la llamada en su nombre.



# Ayuda

## Compañías Non-Emergency Medical Transportation (NEMT)

Si usted vive en este condado:	Llame a:
Crook, Deschutes, Jefferson	Cascades East Ride Center <b>866-385-8680</b>
Clatsop, Columbia, Tillamook	NW MedLink <b>833-585-4221</b>
Lane	RideSource <b>877-800-9899</b>
Coos, Curry, Douglas, Jackson, Josephine, Klamath, Lake	TransLink <b>888-518-8160</b>
Clackamas, Multnomah, Washington, Yamhill	Tri-County MedLink <b>866-336-2906</b>
Benton, Lincoln, Linn	Cascades West Ride Line <b>866-724-2975</b>
Marion, Polk	Marion-Polk MedLink <b>877-236-4026</b>
Baker, Gilliam, Grant, Harney, Hood River, Malheur, Morrow, Sherman, Umatilla, Union, Wallowa, Wasco, Wheeler	GOBHI Transportation Services <b>877-875-4657</b>

### ¿Qué pasa si necesito una cita hoy o mañana?

Llame a la compañía NEMT y ellos tratarán de ayudarlo. Si llama con menos de dos (2) días de anticipación a su cita, es posible que no puedan proporcionarle el transporte.



### ¿Qué pasa si se trata de una emergencia?

Para emergencias de salud física, llame al **911**.  
Para emergencias de salud mental, llame al **988**.

Para obtener [más información sobre transporte](#), vea la sección Información adicional letra A, en la página 72 de este manual). También puede ir a [oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/NEMT.aspx](http://oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/NEMT.aspx).





## 7. Sus derechos

- 54 [Registros de atención médica](#)
- 54 [Tomar decisiones sobre su atención médica](#)
- 55 [Qué hacer si se le niega un beneficio](#)
- 57 [Derechos civiles y política de no discriminación](#)
- 58 [Cómo reportar discriminación](#)
- 59 [Cómo reportar fraude](#)



Como miembro de la Tarjeta Abierta del OHP, usted tiene derechos específicos. En esta sección, aprenderá cuáles son sus derechos y qué puede hacer si siente que lo han tratado injustamente.



### Registros de atención médica

#### Resguardar la privacidad de su información médica

Usted tiene derecho a conservar sus registros de forma privada. La Ley de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, o Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos) protege sus registros de atención médica y los conserva de forma privada. A esto se le llama “confidencialidad”.

Un documento llamado “[Notificación de Prácticas de Privacidad](#)” explica los derechos de los miembros de OHP a conservar su información personal de forma privada y cómo se utiliza su información personal. Para obtener una copia, llame a Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (se aceptan todas las llamadas de retransmisión). También puede encontrar esta notificación en línea en [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/ms2090.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/ms2090.pdf).

#### Obtener una copia de sus registros médicos

Usted tiene derecho a actualizar y/o conseguir copias de registros médicos con sus proveedores de servicios de salud, incluyendo su doctor y dentista. Sus proveedores pueden cobrarles por las copias.



### Tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.

Puede firmar documentos que le indiquen a sus proveedores de servicios de salud qué tipo de atención desea y cuál no desea. También puede firmar documentos en los que autorice a otras personas a tomar decisiones por usted, en caso de que usted no pueda tomarlas.

#### Estos son los tres tipos de documentos que usted puede firmar:

- › **Instrucciones Médicas Anticipadas:** Este es un documento legal que le permite nombrar a una persona para que tome decisiones de atención médica por usted, si usted no puede tomarlas. También registra sus opciones acerca de qué tipo de atención médica desea y cuál no desea, así como cosas que son de suma importancia para usted acerca de sus objetivos de salud.
- › **Órdenes médicas para apoyo vital (POLST, Physician orders for life-sustaining treatment):** Registra sus decisiones médicas acerca de qué tipo de atención para el final de la vida desea y cuál no desea. Se ingresa en el Registro POLST de Oregon, para que todos sus proveedores médicos sepan cuáles son las decisiones que usted tomó.
- › **Declaración de tratamiento de salud mental:** Le permite nombrar a una persona para que tome decisiones de atención médica por usted, si usted no puede tomarlas debido a una enfermedad mental.

Si tiene preguntas, llame a su Coordinador de Atención al: **800-562-4620**.



### Qué hacer si se le niega un beneficio

#### Si está usted en una CCO

Primero debe [discutir el rechazo con su CCO](#): [OHP.Oregon.gov/CCO-Contacts](https://OHP.Oregon.gov/CCO-Contacts).

Después de la apelación puede solicitar una audiencia con la OHA. Continúe leyendo para obtener más información sobre cómo solicitar una audiencia.

#### Todos los miembros pueden solicitar una audiencia

Usted puede solicitar una audiencia (sin costo para usted) si recibe una “Notificación de Rechazo” que le indique que se va a detener, reducir o negar un servicio. Un miembro de su familia, un amigo o amiga, la organización de la comunidad, un trabajador social, su proveedor de atención médica u otro defensor pueden ayudarle, si usted lo desea.

Tendrá 60 días a partir de la fecha de su notificación para solicitar una audiencia. Le animamos a que presente una solicitud. Sin embargo, no se garantiza que todas las solicitudes de audiencia recibidas procederán y se concederá una audiencia.



#### Hay varias formas de solicitar una audiencia.

- › Los miembros de la Tarjeta Abierta del OHP pueden [llenar y presentar la solicitud en línea para solicitudes de audiencia](#): [bit.ly/ohp-hearing-form](https://bit.ly/ohp-hearing-form).
- › Hay ayuda disponible para llenar esta solicitud. Vaya a:
  - Una [oficina del Oregon Department of Human Services](#) (Departamento de Servicios Humanos de Oregon): [oregon.gov/odhs/Pages/office-finder.aspx](https://oregon.gov/odhs/Pages/office-finder.aspx).
  - Llame al Servicio al Cliente del OHP al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión).
- › Llene la página 1 de la [Solicitud de Audiencia Administrativa, Formulario MSC 443](#) [healthshareoregon.org/storage/app/media/documents/For%20Members/Get%20Help/Members%20Rights/ms0443-SPANISH.pdf](https://healthshareoregon.org/storage/app/media/documents/For%20Members/Get%20Help/Members%20Rights/ms0443-SPANISH.pdf)
- › Llene las páginas 3 y 4 de la [Solicitud para Revisar una Decisión de Atención Médica, Formulario OHP 3302](#) ([apps.state.or.us/Forms/Served/hs3302.docx](https://apps.state.or.us/Forms/Served/hs3302.docx)). Seleccione la opción **Solicitud de Audiencia**. Bajo **Tipo de solicitud**.

Incluya una copia de su “Notificación de Rechazo” a los Formulario MSC 443 u OHP 3302 y envíela a la Unidad de Audiencias de OHP por:

Correo, a: **OHA-Medical Hearing**  
**500 Summer St NE E49**  
**Salem, OR 97301-1077**

Fax: **503-945-6035**

Después de la audiencia, la decisión podría cambiar o podría quedarse igual.



## Si necesita una audiencia rápida

Usted y su médico pueden considerar que tiene un problema médico urgente que no puede esperar una audiencia estatal normal.

### Para solicitar una audiencia más rápido

- › En el Formulario en línea, seleccione **Sí** para la pregunta D en la sección titulada **4. Díganos acerca de su solicitud.**
- › En el Formulario MSC 443, seleccione el recuadro con su descripción de por qué no está de acuerdo con la decisión.
- › En el Formulario OHP 3302, vaya a la pregunta 9 y seleccione el recuadro de “Sí”.

Envíe por fax los Formulario MSC 443 [vea la sección de Información Adicional letra B, en la página 77] u OHP 3302 [vea la sección de Información Adicional letra C, en la página 78] a la Unidad de Audiencias de OHP al **503-945-6035**.

Puede adjuntar una declaración u otros documentos en los que explique por qué es urgente y por qué envió los formularios en línea o por fax.

Si el OHP está de acuerdo en que es urgente, el *OHP Hearing Unit* le llamará dentro de los siguientes siete días laborables (excluyendo fines de semana y días festivos) a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.

## Solicitar servicios continuos

Si usted está recibiendo servicios que el OHP no cubre o le negó cubrir, puede solicitar que los servicios continúen mientras espera su audiencia. La solicitud para continuar recibiendo los servicios negados deberá presentarse antes de la fecha que se especifica en su Notificación de Rechazo. Los servicios continuarán durante 90 días o hasta que:

- › OHA o un juez administrativo tome una decisión sobre su caso
- › Usted ya no sea elegible para el servicio negado o para los beneficios OHP

## ¿Qué sucede en una audiencia?

- › La mayoría de las audiencias se hacen por teléfono a menos que exista un acuerdo aprobado según *Americans with Disabilities Act* (ADA o El Acta de Americanos con Incapacidades) y que se haya solicitado en alguno de los tres documentos antes mencionados.
- › En la audiencia, usted puede decirle al juez por qué no está de acuerdo con la decisión y por qué piensa que OHP debe cubrir el servicio(s). No necesita un abogado, pero puede ir acompañado de uno. También puede pedirle a alguien más, como su proveedor de atención médica, un amigo o pariente que vayan con usted.
- › Si contrata a un abogado, usted es responsable de pagarle sus honorarios. Puede llamar a la Línea Directa de Beneficios Públicos, un programa de Servicios de Asistencia Legal de Oregon y al Centro Legal de Oregon al **800-520-5292**, (se aceptan todas las llamadas de retransmisión) para solicitar asesoría y una posible representación. En la página [oregonlawhelp.org](http://oregonlawhelp.org) puede obtener [información sobre ayuda legal gratuita](#).

## Programa Ombuds OHA

Si ya completó estos pasos y no está contento con la forma en que OHP atendió sus preocupaciones, pueden solicitar ayuda al Programa Ombuds OHA:

Por correo: **500 Summer St. N.E. Salem, OR 97301**

Fax: **503-947-2341**

o Llame al número gratuito: **877-642-0450** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión)

En la sección de *Ombuds Program* de OHA hay más detalles, en la página 48.



## Derechos civiles y política de no discriminación

### Como miembro del OHP, usted tiene derecho a:

- › Transporte médico no de emergencia (NEMT) para sus citas médicas
- › Ser tratado con dignidad y respeto, igual que los demás pacientes
- › Tener materiales escritos explicados de forma que usted pueda entenderlos
- › Materiales escritos en otros idiomas, Braille, impresión grande, formulario de audio u otros
- › Elegir a sus proveedores de atención médica
- › Decirle a su proveedor cuáles son sus preocupaciones sobre su salud
- › Hacer que un amigo o alguien que le ayude lo acompañe a sus citas
- › Ayuda gratuita de un Intérprete de Atención Médica Certificado o Calificado por OHA en su idioma hablado o de señas preferido, para todas sus citas médicas
- › Obtener información respecto a todas las opciones de tratamiento cubiertas y no cubiertas



- › Ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado médico, incluyendo rechazar el tratamiento
- › Que ninguna persona lo retenga o mantenga alejado de otras personas con el objetivo de:
  - › Obligarle a hacer algo que usted no desea hacer
  - › Hacer que la atención que le den sea más fácil para sus médicos y no para usted.
  - › Castigarlo por algo que usted dijo o hizo
- › Una referencia o segunda opinión, si la necesita
- › Obtener atención cuando la necesite, en cualquier momento del día o de la noche.
- › Salud mental (salud mental y tratamiento para trastornos provocados por abuso de alcohol y drogas) y servicios de planificación familiar, sin referido
- › Ayuda con adicción a cigarrillos, alcohol y drogas, sin referido
- › Conseguir manuales y cartas que pueda usted entender
- › Ver y tener una copia de sus registros médicos, a menos que esté prohibido por la ley
- › Limitar quién puede ver sus registros médicos
- › Una notificación si se le niega un servicio o si su nivel de servicio cambia
- › Información y ayuda para apelar y tener una audiencia por denegación de servicio o denegación de aprobación previa
- › Presentar quejas y que le den respuesta acerca de su plan o proveedor, sin que lo traten mal
- › Ayuda gratuita del Ombuds Program de OHA. Ver la página 48 para más información.



## Política de no discriminación de OHA

OHA y todos los proveedores de Medicaid deben cumplir con las leyes de derechos civiles estatales y federales. No pueden tratar a las personas de manera injusta en ninguno de sus programas o actividades, por ninguna de las siguientes razones:

- › Estatus de ciudadanía
- › Edad
- › Color
- › Discapacidad
- › Identidad de género
- › Salud
- › Estado civil
- › Origen de nacionalidad
- › Raza
- › Religión
- › Sexo y
- › Orientación sexual

## Derechos de menores (menores de 18 años)

Hay ocasiones en las que las personas menores de 18 años de edad desean o necesitan obtener servicios de atención médica por sí mismos. Para saber más, lea el folleto [Comprender el consentimiento y la confidencialidad de la atención médica para menores de edad en Oregon](#) en [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/Is9541.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/Is9541.pdf). Este folleto le dice los tipos de servicios que los menores pueden obtener por cuenta propia y cómo se comparte la información de atención médica de los menores.

## Derechos por Discapacidad

El Acta de Americanos con Incapacidades (**Americans with Disabilities Act** o ADA) garantiza que las personas con discapacidad tengan acceso completo e igual a los servicios e instalaciones de atención médica. Para tener acceso completo e igual, las personas con discapacidad tienen derecho a cambios razonables.

Usted puede solicitarle a su proveedor de seguros de Medicaid una modificación que le ayude a tener la atención que necesita. Si su proveedor no le da una modificación, pónganse en contacto con OHA:

- › Servicio al Cliente de OHA al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión), o
- › puede presentar una queja por discriminación, enviando un correo electrónico a [OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov](mailto:OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov) o llamando al **844-882-7889**.



## Cómo reportar discriminación

Si siente que fue tratado injustamente por cualquiera de las razones que se mencionan anteriormente, llame a OHA Civil Rights (Derechos Civiles de OHA) y al gerente de la Sección de Inclusión en una de estas formas:

Web: [oregon.gov/OHA/EI](https://oregon.gov/OHA/EI)  
Correo Electrónico: [OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov](mailto:OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov)  
Teléfono: **844-882-7889**.  
Aceptamos todas las llamadas de retransmisión  
Correo: **OHA Office of Equity and Inclusion**  
**421 SW Oak St., Suite 750**  
**Portland, OR 97204**

Tiene derecho a presentar una queja de derechos civiles ante la *U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights* ([Departamento de Salud de los Estados Unidos y la Oficina de Servicios Humanos para Derechos Civiles](#)). Póngase en contacto con esa oficina en una de las siguientes formas:

Web: [hhs.gov/OCR](https://hhs.gov/OCR)  
Correo Electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)  
Teléfono: **800-368-1019; TTY 800-537-7697**  
Correo: **200 Independence Ave SW, Room 509F HHH Building**  
**Washington, D.C. 20201**

Puede ponerse en contacto con la **Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division** ([Oficina del Trabajo e Industrias, División de Derechos Civiles](#)), en una de estas formas:

Web: [oregon.gov/boli/workers/Pages/complaint.aspx](https://oregon.gov/boli/workers/Pages/complaint.aspx)  
Correo electrónico: [help@boli.state.or.us](mailto:help@boli.state.or.us)  
Teléfono: **971-673-0761**.  
Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.  
Correo: **Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division**  
**800 NE Oregon St., Suite 1045**  
**Portland, OR 97232**



## Cómo reportar fraude

Llame, envíe un correo electrónico o escribanos si piensa que usted ha visto un fraude, tal como:

- › Alguien le está cobrando por un servicio que usted no recibió
- › Alguien está utilizando la tarjeta de miembro de otra persona para obtener beneficios OHP.

Para [reportar un fraude cometido por un proveedor de atención médica](#):

**Provider Audit Unit**  
**P.O. Box 14152**  
**3406 Cherry Avenue NE**  
**Salem, OR 97309-9965**  
Correo electrónico: [opi.referrals@oha.oregon.gov](mailto:opi.referrals@oha.oregon.gov)  
Teléfono: **888-372-8301**  
Fax: **503-378-2577**

Para reportar un fraude cometido por un miembro de la Tarjeta Abierta del OHP:

**ODHS Investigations Unit**  
**P.O. Box 14150**  
**Salem, OR 97309**  
Teléfono: **888-372-8301**  
Fax: **503-373-1525**

También puede [reportar un fraude en línea](#) en [oregon.gov/dhs/abuse/Pages/fraud-reporting.aspx](https://oregon.gov/dhs/abuse/Pages/fraud-reporting.aspx).



## 8. Sus responsabilidades

---



## Sus Responsabilidades

Cuando usted solicita la Tarjeta Abierta del OHP, usted está de acuerdo en darle a la Autoridad de Salud de Oregon (*Oregon Health Authority* o OHA) y al *Oregon Department of Human Services* (Departamento de Servicios Humanos de Oregon, o DHS) información verdadera, correcta y precisa cuando se le solicite. En esta sección, aprenderá otras cosas que necesita hacer como miembro de OHP.

Esta sección señala las [responsabilidades importantes que los miembros de la Tarjeta Abierta tienen que conocer](#).

Para saber más sobre las responsabilidades de todos los miembros, visite:

[oregon.gov/OHA/HSD/OHP/Pages/Member-Rights.aspx](http://oregon.gov/OHA/HSD/OHP/Pages/Member-Rights.aspx).

### Como miembro de la Tarjeta Abierta del OHP, usted está de acuerdo en:

- › Leer todos los correos de OHA. Leer todas las cartas que OHA y del *Oregon Department of Human Services* (DHS o Departamento de Servicios Humanos de Oregon), así como los que le envíen su CCO. Si tiene preguntas, llame a su organización de atención coordinada o a Servicios al Cliente de OHP al **800-273-0557** y pida ayuda.
- › Encontrar a un proveedor de atención médica con quien pueda colaborar y contarle sobre su salud
- › Hacerse chequeos anuales, visitas rutinarias y otros servicios para evitar enfermedades y mantenerse saludable
- › Decirle a su médico si se lastimó en un accidente
- › Seguir las instrucciones de sus médicos y farmacéuticos o pregúnteles por otras opciones
- › Tratar a los médicos y a su personal con el mismo respeto con el que quiere que lo traten a usted
- › Ser honesto con sus médicos para tener el mejor servicio
  - › Decirle a la recepcionista cuál es el seguro médico que tiene usted, incluyendo la Tarjeta Abierta

- › Traer sus tarjetas de identificación médica a sus citas (Identificación de Tarjeta Abierta, Identificación del Plan, tarjetas de Identificación de Medicare, seguro privado).
- › Llegar puntualmente a sus citas.
- › Llamar a su médico por lo menos un día antes si no va a poder llegar a una cita.

### Informar sobre cambios

#### Hágale saber a OHP cualquier cambio en un período de no más de 10 días. Cambios como:

- › Su nombre legal
- › El domicilio en el que vive o al que le llega el correo
- › Su hogar o familia: Por ejemplo, se casó, se divorció o tuvo un hijo(a); alguien se embaraza o termina el embarazo; alguien entra o sale de su hogar; o hubo una muerte en la familia.
- › Su trabajo o ingreso: Por ejemplo, tiene un empleo o lo perdió; el ingreso de su trabajo subió o bajó en más de \$100; su ingreso mensual de otras fuentes subió o bajó en más de \$50.
- › Su estatus migratorio.
- › Su estatus de impuestos y a quién le declara como contribuyente
- › Otros seguros médicos o cobertura que tenga: Por ejemplo, tiene o pierde un seguro de su trabajo o de Medicare.
- › Otro seguro médico o cobertura que tenga alguien de su familia: Por ejemplo, alguien de 19 años o mayor puede tener una cobertura médica de forma diferente, tal como por un empleo nuevo.
- › Que alguien lo lastimó o para presentar una queja por lesiones personales.
- › Toda la información que usted proporcionó en su solicitud de la Tarjeta Abierta.
- › Desea cancelar su cobertura de la Tarjeta Abierta.

## Sus Responsabilidades



### Puede informar de cambios:

#### › Por teléfono

- › Llame al **800-699-9075** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión) de lunes a viernes de 7am a 6pm.
- › Llame a un [socio comunitario certificado en la Tarjeta Abierta del OHP de su área](#). Encuentre uno en [OregonHealthCare.gov/GetHelp](http://OregonHealthCare.gov/GetHelp).

#### › En persona

- › Visite una Oficina del *Oregon Department of Human Services* ([Servicios Humanos del Departamento de Oregon](#)) ([oregon.gov/odhs/pages/office-finder.aspx](http://oregon.gov/odhs/pages/office-finder.aspx))
- › Obtenga ayuda gratuita, en persona por parte de un [socio comunitario certificado en la Tarjeta Abierta del OHP de su área](#). Encuentre uno en [OregonHealthCare.gov/GetHelp](http://OregonHealthCare.gov/GetHelp).

#### › En línea

- › Informe sobre cambios utilizando su cuenta [ONE.Oregon.gov](http://ONE.Oregon.gov) (o la aplicación móvil Oregon ONE).
- › [Informe de cambios al seguro privado o seguro que tenga por su trabajo](#) en [reportTPL.org](http://reportTPL.org).
- › [Informe si otra persona lo lastima o si se lastima en el trabajo](#) en [apps.oregon.gov/OPAR/PIL/](http://apps.oregon.gov/OPAR/PIL/).

### › Por correo o fax

- › Informe sobre un cambio del lugar en en donde vive llenando el [Formulario de Cambio de Domicilio](#): [apps.state.or.us/Forms/Served/se0400.pdf](http://apps.state.or.us/Forms/Served/se0400.pdf).
- › Este formulario también está disponible en:
  - **Español:** [apps.state.or.us/Forms/Served/ss0400.doc](http://apps.state.or.us/Forms/Served/ss0400.doc)
  - **Español letra grande:** [apps.state.or.us/Forms/Served/sx0400.doc](http://apps.state.or.us/Forms/Served/sx0400.doc)
- › Informe sobre otros cambios llenando el [Formulario de Informe de Cambio](#): [apps.state.or.us/Forms/Served/de0943.pdf](http://apps.state.or.us/Forms/Served/de0943.pdf).
- › Envíe por correo su formulario completo a: Tarjeta Abierta del OHP  
P.O. Box 14015  
Salem, OR 97309-5032
- › Complete la primera hoja de la [Tarjeta Abierta del OHP](#) ([sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/he7221.pdf](http://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/he7221.pdf)) y envíela por fax al: **503-378-5628**

› Nota: Si usted califica para beneficios de la Tarjeta Abierta del OHP Plus, pero desea inscribirse en una cobertura de seguro médico privado, conocido como un plan de salud calificado (*Qualified Health Plan* o QHP)), visite: [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov):

- › Cancelar su Tarjeta Abierta del OHP no significa que ya no califique para la Tarjeta Abierta del OHP Plus.
- › Si califica para la Tarjeta Abierta del OHP Plus, ya no calificará para ayuda financiera para pagar la prima mensual de QHP. Necesitará pagar el costo completo.



## 9. Definición de palabras



Utilice estas definiciones para entender palabras y siglas utilizadas en este manual.

1. **Aprobación previa:** Algunas veces su proveedor de atención médica debe enviar información al OHP *Oregon Health Plan* (OHP, Plan de Salud de Oregon) antes de que la Tarjeta Abierta del OHP pague por sus servicios o medicamentos. OHP revisa la información y después envía un documento diciendo si su plan pagará o no. A este proceso se le llama aprobación previa.
2. **Asistente:** Personas que viven en comunidades de Oregon y pueden ayudarlo con solicitudes nuevas y el estatus de su solicitud, renovaciones, cambios a su CCO, necesidades médicas urgentes, preguntas de caso difíciles, pueden ayudarlo a presentar documentos o información nueva solicitada por el OHP.
3. **Atención al paciente hospitalizado:** Cuando recibe atención y se queda en un hospital por lo menos durante tres noches.
4. **Atención ambulatoria:** Cuando usted recibe atención en un hospital, pero no pasa la noche allí.
5. **Atención de emergencia:** También conocido como condición médica de emergencia. Una emergencia médica significa una enfermedad repentina o lesiones inesperadas que necesitan tratamiento inmediato para evitar problemas graves o la muerte. Esto puede ser una emergencia de salud física, como una hemorragia grave. También puede ser una emergencia mental o por uso de sustancias, como sentirse fuera de control. Esto es diferente a una atención urgente, vea la definición en el #9.
6. **Atención de enfermería especializada:** Ayuda de un(a) enfermero(a) con atención para heridas, terapia o para tomar sus medicamentos. Puede recibir atención de enfermería especializada en un hospital, asilo de ancianos o en su propia casa.
7. **Atención de salud mental:** Tratamiento para enfermedades mentales, terapia, consejería individual o trastornos por uso de sustancias.
8. **Atención médica en casa:** Servicios que recibe en casa para ayudarlo a vivir mejor. Por ejemplo, podría recibir ayuda después de una cirugía, enfermedad o lesión. Algunos de estos servicios le ayudan con los medicamentos, alimentos y baño.
9. **Atención urgente:** Atención que usted necesita el mismo día para evitar que se sienta mucho peor o para evitar la pérdida de la función de una parte de su cuerpo. Podría ser un dolor muy fuerte. Esto es diferente a una atención de emergencia. Vea la definición en el #5.
10. **Audiencia:** Cuando usted le solicita a la OHA que revise una decisión que ella o el plan tomaron respecto a la cobertura de un servicio de atención médica. Las audiencias se hacen frente a un juez que no es parte de la OHA.
11. **Autoridad de Salud de Oregon (*Oregon Health Authority* o OHA):** La agencia pública de Oregon que está a cargo del Plan de Salud de Oregon (*Oregon Health Plan* o OHP) y de otros servicios médicos.
12. **Beneficios:** Los servicios que paga su plan de atención médica.
13. **Cobertura de medicamentos recetados:** Seguro médico que ayuda a pagar los medicamentos.
14. **CCO o *Coordinated Care Organization* (Organización de atención coordinada):** Una CCO es una organización local que ayuda a algunos miembros del OHP a utilizar sus beneficios. Las CCO consisten en todos los tipos de proveedores de servicios de salud de una comunidad. Trabajan juntos para atender a los miembros de OHP. Como miembro de la Tarjeta Abierta usted puede o no ser parte de una CCO.
15. **Copago:** Un copago es una cuota que algunas personas deben pagar por los servicios. Medicare y otros planes pueden pagar los servicios, pero también se requiere que usted pague una pequeña cuota. Si su servicio es cubierto por la Tarjeta Abierta, no hay copago.



16. **Costos de bolsillo:** Costos relacionados con su plan de salud por los que usted es responsable, tales como primas (el costo de la cobertura) mensuales para Medicare y copagos.
17. **Cubierta (beneficios):** Los servicios por los que paga su plan de atención médica.
18. **Defensor:**
  - El personal de la OHA que defiende a los miembros del OHP para asegurarse que reciban atención de buena calidad.
  - Una persona que lo apoya o ayuda a proteger sus derechos.
19. **Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT o Programa de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento):** Este beneficio es para niños y adolescentes de hasta 20 años de edad. Las evaluaciones cubiertas siguen el programa *Bright Futures* (Futuros Brillantes), los lineamientos sobre la promoción de salud y prevención de la Academia Americana de Pediatría. Puede encontrar más información en la página [oregon.gov/EPSDT](http://oregon.gov/EPSDT). También puede pedir más información en las visitas de Evaluación, también conocidas como “chequeos rutinarios para niños”.
20. **Elegible:** Ser elegible significa que usted cumple con las condiciones o requerimientos para ingresar a un programa.
21. **Equipo médico de larga duración:** Equipo médico tal como sillas de ruedas y camas de hospital. Son de larga duración porque duran mucho. No se acaban como los medicamentos y materiales médicos.
22. **Fraude:** Cuando alguien tiende una trampa o engaña a otra persona para tener un beneficio que no está autorizado.
23. **Hogar-Familia:** Los miembros de la familia que viven con usted. Pueden ser su pareja, hijos u otros que dependan de usted y por los que deduzca impuestos.
24. **Hospitalización:** Cuando alguien es admitido a un hospital para recibir atención.
25. **Inscribirse:** Registrarse para convertirse en un miembro de la Tarjeta Abierta del OHP.
26. **Inscripción abierta:** Una época del año en la que usted puede inscribirse para un seguro de salud privado. Usted puede solicitar el OHP en cualquier época del año.
27. **Lista de Medicamentos Preferidos (*Preferred Drug List* o PDL):** Una lista de medicamentos proporcionados por el OHP.
28. **Llamadas de retransmisión:** Llamadas que les permiten a las personas sordas, con dificultades auditivas, sordo-ciegos o que tienen problemas de lenguaje, comunicarse por teléfono. También se les conoce como Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones o TRS).
29. **Medicaid:** Un programa nacional que ayuda con los costos de atención médica a personas de bajos ingresos. En Oregon, es parte del OHP.
30. **Medicamento apropiado:** Tratamiento que es seguro y eficaz.
31. **Medicamento necesario:** Servicios y materiales que su proveedor de atención médica dice que usted necesita. Usted los necesita para evitar, diagnosticar o tratar una enfermedad o sus síntomas.
32. **Medicamentos recetados:** Medicamentos que su proveedor de atención médica le dice que tome.
33. **Medicare:** Un programa federal de atención médica para personas de 65 años de edad y mayores. También ayuda a personas con discapacidad de cualquier edad.
34. **Médico especialista:** Un médico capacitado para atender una parte del cuerpo o un tipo de enfermedad.
35. **Miembro (o miembro de la Tarjeta Abierta):** Usted recibe atención médica a través del OHP. Cuando usted no está inscrito en una organización de atención coordinada, usted es un miembro de la Tarjeta Abierta porque OHA OH paga la atención que usted recibe. OHA cubre los servicios no cubiertos por la organización de atención coordinada.



## Definición de palabras

36. **Necesidades Sociales (HRSN):** Barreras sociales y económicas para la salud, tales como no tener una vivienda estable o no siempre tener suficiente comida.
37. **OHP Plus:** OHP Plus es el paquete de beneficios más completo. Sólo algunas personas califican. Cubre la mayoría de los servicios de atención médica, incluyendo servicios médicos, dentales, salud mental (tratamiento de salud mental y por trastorno debido a uso de sustancias), salud de los ojos y recetas.
38. **ONE:** El sistema de elegibilidad ONE le provee alternativas a las personas en Oregon para solicitar servicios y beneficios relacionados con su salud, alimentos, dinero o cuidado de niños/as. Usando ONE, pueden solicitar estos beneficios en persona, en línea o llamando por teléfono.
39. **Oregon Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos de Oregon, ODHS):** Esta agencia pública de Oregon está a cargo de programas tales como el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP o Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) y Medicare. ODHS y OHA trabajan juntos para asegurar que usted reciba la atención que necesita.
40. **Patient-centered primary care home (PCPCH o Programa de atención primaria centrada en el paciente):** Una clínica de atención médica que se centra en el paciente o miembro. Este tipo de clínica incluye a diferentes proveedores en un solo sitio.
41. **Plan:** Un plan establecido por una compañía privada o una agencia estatal, tal como la Oregon Health Authority y el Oregon Health Plan para ofrecer y pagar los servicios de atención médica. La mayoría de los planes pagan atención médica física, dental y mental.
42. **Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan o OHP) (OHP o Plan de Salud de Oregon):** El programa de asistencia médica de Oregon. Ayuda a las personas a tener acceso a atención médica, cuando de ninguna otra forma podrían recibir estos beneficios.
43. **Prevención:** Lo que usted hace para mantenerse saludable y no enfermarse. Esto incluye chequeos y vacunas contra la influenza.
44. **Prima:** Lo que paga una persona por su seguro.
45. **Primary care provider o primary care physician (PCP o Proveedor/médico de atención primaria o médico de cabecera):** El médico profesional que cuida de su salud. Por lo general es la primera persona a la que usted llama cuando tiene problemas de salud o necesita atención. Su PCP puede ser un doctor, un(a) enfermero(a) profesional, asistente del médico o algunas veces un naturista.
46. **Procedimiento o visita de rutina:** Un procedimiento que por lo general administra un profesional médico en circunstancias de poco o ningún riesgo de provocarles lesiones al paciente. Por ejemplo, exámenes físicos, extracción de sangre y vacunas contra la influenza.
47. **Proveedor de la red:** Un proveedor que tiene un contrato con la Tarjeta Abierta. Cuando un proveedor es parte de la red, significa que la Tarjeta Abierta paga los servicios que usted recibe. También se llama “proveedor que participa”.
48. **Proveedor fuera de la red:** Un proveedor que no tiene un contrato con Tarjeta Abierta. Es posible que estos proveedores no acepten el pago de Tarjeta Abierta por sus servicios. Probablemente tendría usted que pagar los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red. También se llama “proveedor que no participa”.
49. **Proveedor o proveedor de servicios de salud:** Una persona o grupo de personas con licencia que ofrecen un servicio de atención médica. Por ejemplo, doctores, dentistas o terapeutas.
50. **Qualified Medicare Beneficiary Program (Programa Beneficiario Calificado de Medicare):** Un programa de ahorros que ayuda a la gente a pagar costos de bolsillo por servicios cubiertos por Medicare.

## Definición de palabras



51. **Queja:** Una manera formal de comunicar que usted no está contento con los servicios o con el proveedor de atención médica.
52. **Rechazo:** Un rechazo o Notificación de Rechazo es una decisión oficial de la OHA de dejar de pagar los servicios que usted esté recibiendo.
53. **Reclamo o reclamación:** Una manera formal de comunicar que usted no está contento de servicios o proveedor de atención médica. A esto también se le llama queja.
54. **Red (o) en red:** Una red es un grupo de proveedores que contrata una organización de atención coordinada para proporcionar servicios. Son los doctores, dentistas, terapeutas y otros proveedores que trabajan juntos para que usted se mantenga saludable. “En la red” significa que usted recibe atención médica a través de este grupo.
55. **Referencia:** Dirigir a un paciente con un especialista médico por parte de un médico de atención primaria.
56. **Renovación:** Los miembros del OHP deben asegurarse de que todavía califiquen para los beneficios de salud. A esto se le llama renovación. Para la mayoría de las personas la renovación es cada dos años. Los niños pequeños no tienen que renovar sino hasta que cumplan seis (6) años.
57. **Representante Autorizado:** Una persona que usted dice que puede tomar decisiones y firmar papeles por usted. Esta persona podría ser un miembro de la familia o un tutor legal. Si desea un representante autorizado, deberá llenar un formato especial.
58. **Sala de Urgencias (Emergency Room):** También conocida como ER, es el lugar de un hospital en el que se puede obtener atención inmediata durante una crisis médica.
59. **Seguro médico:** Un plan o programa que paga algunos o todos los costos de atención médica de sus miembros. Una compañía o entidad gubernamental establece las reglas de cuándo y cuánto pagará el seguro.
60. **Servicios de hospicio:** Servicios para reconfortar a una persona durante la atención al final de su vida.
61. **Servicios médicos:** Servicios que se proporcionan a la persona, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente, en los que se encuentran comprendidas las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.
62. **Servicios de rehabilitación:** Servicios para ayudar a recuperar su salud completa, por lo general después de una cirugía, lesión o uso de sustancias.
63. **Servicios y dispositivos de habilitación:** Servicios y dispositivos que le enseñan habilidades para la vida diaria. Un ejemplo podría ser una terapia de lenguaje para un niño que no ha empezado a hablar.
64. **Socio comunitario:** Una persona u organización en su comunidad que ayuda a las personas a solicitar atención médica. La ayuda es gratuita.
65. **Tarjeta Abierta (también se le conoce como Open Card):** Atención médica cubierta por la OHA. Oregon Health Authority (OHA). Cuando usted no está inscrito en una *Coordinated Care Organization* (CCO, Organización de atención coordinada) usted es un miembro de Tarjeta Abierta porque OHA paga su atención médica. OHA cubre todos los servicios no cubiertos por la CCO.
66. **Transporte médico de emergencia:** Uso de una ambulancia para que le den atención. Los técnicos de emergencia médica (EMT, por sus siglas en inglés) lo atenderán durante el trayecto en ambulancia o avión. Esto sucede cuando usted llama al 911.



## 10. Información adicional

---

- 72 [Más información acerca del transporte a sus citas](#)
- 77 [Solicitud de Audiencia Administrativa](#)
- 78 [Solicitud para Revisar una Decisión de Atención Médica](#)

**A. Más información sobre transporte**

La sección [“Ayuda para obtener un transporte”](#) de este manual, le proporciona información sobre cómo tener un transporte gratuito para recibir atención médica cubierta por Tarjeta Abierta. Para obtener más información, puede visitar [oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/NEMT.aspx](http://oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/NEMT.aspx).

**Llamada para programar el transporte**

**Cuando usted llama a la compañía de *Non-Emergency Medical Transportation (NEMT, por sus siglas en inglés, o Transporte Médico No de Emergencia)* de su condado:**

- › La compañía necesitará confirmar si usted es elegible determinando si su atención médica califica como un servicio cubierto o un servicio relacionado con la salud.
- › La compañía puede ayudarle en el idioma que usted prefiera y en la forma que usted pueda entender.
- › La compañía le ayudará a averiguar qué tipo de transporte se adapta mejor a sus necesidades.
- › Si usted o alguien que vaya con usted necesita un cinturón de seguridad más grande, deberá notificarlo a la compañía cuando programe el transporte.
- › Si usted desea paradas adicionales, como una parada en la farmacia, deberá solicitarlo cuando llame.
- › Puede llamar hasta 90 días antes de su cita.
- › Puede programar transporte para más de una cita. Si tiene varias citas, se le pedirá que programe más de una el mismo día.

**Si tiene un transporte programado con un servicio**

**Cómo cancelar o cambiar su transporte**

Si necesita cancelar o reprogramar su transporte o si tiene preguntas sobre su transporte, llame a su compañía NEMT por lo menos dos (2) horas antes de la hora a la que deberán recogerlo. Si no puede llamar durante horas hábiles, deje un mensaje.

 <b>Compañías de <i>Non-Emergency Medical Transportation (NEMT, por sus siglas en inglés, o Transporte Médico No de Emergencia)</i></b>	
<b>Si usted vive en este condado:</b>	<b>Llame:</b>
Crook, Deschutes, Jefferson	Cascades East Ride Center <b>866-385-8680</b>
Clatsop, Columbia, Tillamook	NW MedLink <b>833-585-4221</b>
Lane	RideSource <b>877-800-9899</b>
Coos, Curry, Douglas, Jackson, Josephine, Klamath, Lake	TransLink <b>888-518-8160</b>
Clackamas, Multnomah, Washington, Yamhill	Tri-County MedLink <b>866-336-2906</b>
Benton, Lincoln, Linn	Cascades West Ride Line <b>866-724-2975</b>
Marion, Polk	Marion-Polk MedLink <b>877-236-4026</b>
Baker, Gilliam, Grant, Harney, Hood River, Malheur, Morrow, Sherman, Umatilla, Union, Wallowa, Wasco, Wheeler	GOBHI Transportation Services <b>877-875-4657</b>

**Recogida y traslado de regreso**

**Si la compañía hace arreglos para que un conductor lo recoja:**

1. Le darán el nombre y número del conductor antes de su cita.
2. La Compañía NEMT se pondrá en contacto con usted, por lo menos dos (2) días antes de su transporte programado.
3. El conductor lo recogerá a la hora y en el lugar programado. Debido a que este es un programa de transporte compartido, es posible que en el camino recojan y dejen a otros pasajeros.
4. Si se le hace tarde, el conductor esperará 15 minutos después de su hora programada. Esto significa que si su transporte está programado para las 10am, lo esperarán hasta las 10:15am. Después se irá.  
***Importante:** Si usted no se presenta, es posible que en el futuro no le sea tan fácil obtener un transporte.*
5. Si el conductor no llega 10 minutos después de su hora programada para que lo recojan, llame a la compañía.
6. El conductor lo dejará para su cita, por lo menos 15 minutos antes de que empiece.

**Primera y última cita del día**

Si tiene usted la **primera** cita del día con su médico, el conductor lo dejará no más de 15 minutos antes de que abran el consultorio.

Si usted tiene la **última** cita del día con su médico, el conductor lo recogerá no después de 15 minutos posterior a que cierre el consultorio (a menos que se espere que la cita dure más tiempo).

Si desea que lo recojan o dejen en un horario diferente, tendrá que pedirlo cuando llame para programar su transporte.

**Si no programa una hora de recogida**

Si no programa una hora de recogida para su viaje de regreso, llame a la compañía NEMT del condado cuando esté listo. El conductor estará allí una (1) hora después de que usted llame.

**Si se le niega su solicitud de transporte**

Si solicita un transporte y la compañía NEMT no puede proporcionarlo, le llamarán para avisarle. También le darán una notificación por escrito.

**Si recibe una factura por el transporte**

Los transportes para servicios cubiertos son gratuitos. Usted no debe recibir una factura de la compañía NEMT. Si recibe una factura por el transporte, comuníquese con Servicio al Cliente OHP al **800-273-0557**.

**Si usted sabe conducir un auto o conoce a alguien que sabe conducir**

Cuando usted llama a la compañía NEMT, puede decirles que usted maneja su propio coche o que desea que alguien que usted conoce lo lleve. La compañía no es responsable de hacer arreglos por este tipo de transporte.

**Cómo recibir pago por las millas conducidas**

Cuando usted maneja – o alguien que usted conoce lo lleva – para que pueda recibir atención médica cubierta por la Tarjeta Abierta, a usted o a la persona que maneje se le pagarán \$0.44 por cada milla conducida. Esta tarifa es válida hasta diciembre de 2023 y está sujeta a cambios.

**Para que se le pague tendrá que:**

- › Llamar a la compañía NEMT de su condado para decirles cuándo estará usted manejando.
- › Darle a la compañía la información que ellos necesiten sobre su viaje o viajes. A esta información se le llama “bitácora de viaje” (travel log en inglés)



- › Enviar su “bitácora de viaje” a la compañía dentro de los 45 días posteriores a su primer viaje. Si no envía la información dentro de los 45 días, es posible que la compañía no le pague.

Si el miembro de la Tarjeta Abierta es menor de 16 años, la compañía puede pagar si el conductor es su padre o madre, su tutor o alguien más como un asistente a quien el padre-madre o tutor legal autorice.

### Cómo lograr que le devuelvan el dinero por compra de alimentos o pago de alojamiento

Si usted tiene una cita para servicios médicos cubiertos que esté fuera de su área local, será elegible para que le devuelvan el dinero que gastó en sus alimentos y/o alojamiento. Las tarifas que aparecen a continuación son válidas hasta diciembre de 2023 y pueden cambiar.

Si es médicamente necesario, un asistente, padre-madre o tutor pueden ir con el miembro de Tarjeta Abierta y recibir devolución por alimentos y alojamiento. Esto se permite en los siguientes casos:

- › Cuando el miembro es un menor de edad y no puede viajar solo o sola.
- › Cuando el proveedor de atención médica da una declaración por escrito diciendo que se necesita una persona que lo asista.
- › Cuando usted es mental o físicamente incapaz de llegar a su cita sin ayuda.
- › Cuando no pueda regresar a casa sin ayuda.

A los asistentes se les puede devolver el dinero que hayan gastado en alimentos y alojamiento en situaciones especiales, si esto es necesario. Esto lo decidirá la compañía NEMT.

### Alimentos

#### Se le puede devolver dinero que haya gastado en alimentos si usted tiene que viajar:

- › Más de 30 millas, o 30 minutos en áreas urbanas.
- › Más de 60 millas, o 60 minutos en áreas rurales.
- › Un viaje de ida y vuelta de cuatro (4) horas o más.

#### A un miembro de Tarjeta Abierta a un asistente se le puede devolver hasta \$27 por día por alimentos:

- › \$6.50 por desayuno, si el viaje empieza antes de las 6:00am.
- › \$7.50 por almuerzo, si el viaje incluye un período completo desde las 11:30am. hasta la 1:30pm.
- › \$13.00 por cena, si el viaje termina después de las 6:30 pm.

No es necesario que presente comprobantes de gastos en alimentos.

### Alojamiento

#### Se le puede devolver dinero que haya gastado en alojamiento, si:

- › Tiene que empezar a viajar antes de las 5:00 am para llegar a su cita.
- › Si tiene que llegar a casa después de las 9:00 pm.
- › Si es médicamente necesario, de acuerdo con su proveedor de atención médica.
- › La compañía NEMT decidirá sobre su situación.

A un miembro de la Tarjeta Abierta y a un asistente (si ocupan cuartos separados) se les puede devolver \$98 por noche de alojamiento a cada uno.

No se le puede pagar alojamiento por múltiples citas en días diferentes, si las citas pueden programarse el mismo día.

La compañía NEMT le dirá qué documentos necesita antes de que puedan pagarle.



La compañía puede esperar para pagarle, hasta que la cantidad que se le deba sea de \$10 o más.

### Pagos de más

Si la compañía NEMT le paga demasiado por millas, alimentos o alojamiento, podrían pedirle que devuelva el dinero extra. Esto puede suceder, por ejemplo, si:

- › Usted no llegó a su cita, pero se le pagó el dinero.
- › Usted compartió transporte con otro miembro de la Tarjeta Abierta y a ambos se les pagaron las mismas millas.
- › Usted recibió un boleto de autobús y después lo vendió o se lo dio a otra persona.

### Requerimientos de Seguridad

#### Cinturón de seguridad

Por ley, todas las personas deben usar un cinturón de seguridad apropiado mientras viajan en un vehículo móvil.

Los adultos deben usar el cinturón de seguridad. Si usted o alguien que viaja con usted necesita un cinturón de seguridad más grande, deberá notificarlo a la compañía cuando programe el transporte.

#### Asientos para auto y asientos elevados

#### Por ley, se necesitan asientos para auto y asientos elevados para todos niños hasta que:

- › Midan más de 4 pies y 9 pulgadas (4'9")
- › Pesen más de 40 libras
- › Tengan más de 8 años de edad

Si usted necesita un asiento para auto o asiento elevado, deberá traer uno e instalarlo en el auto. El conductor no puede instalar el asiento.

No puede dejar el asiento en el vehículo del conductor. Esto se debe a que después de su cita podría recogerlo un conductor diferente.

### Sillas de ruedas y otros auxiliares de movilidad

Si usted usa una silla de ruedas, silla de ruedas eléctrica, scooter u otros auxiliares de movilidad, dígame a la compañía NEMT cuando programe su transporte. Esto es para asegurarse que se programe el vehículo correcto para usted.

Si usted utiliza una silla de ruedas no estándar o extra grande, debe decirle a la compañía NEMT, cuando programe su transporte, para que le envíen el vehículo correcto. Una silla de ruedas extra grande:

- › Mide más de 30 pulgadas de ancho, o
- › Mide más de 48 pulgadas de largo, o
- › Pesa más de 600 libras, cuando la persona ya va sentada.

Las *scooters* de tres ruedas son difíciles de asegurar en un vehículo. Por su seguridad, puede que se le pida que se siente en el asiento del vehículo y se ponga su cinturón de seguridad. No se le exigirá que lo haga.

Si utiliza una caminadora o bastón, necesitará guardarlo de forma segura en el vehículo, una vez que usted esté sentado. El conductor puede ayudar a asegurar el equipo, si es necesario.

Los tanques de oxígeno deberán asegurarse en un carrito utilizado para movilidad.

### Asistentes

Si necesita más ayuda de la que puede darle su conductor, debe venir un asistente (un acompañante) con usted. Un asistente es un adulto que viaja con usted para proporcionarle ayuda. El asistente puede ser un(a) amigo(a), un miembro de la familia o un tutor. El asistente también puede ser cualquier persona de 18 años o más, autorizada por usted o por su padre-madre o tutor.

Si necesita un asistente, usted (o su tutor o cuidador) deben hacer arreglos para que esa persona vaya con usted.

Un asistente puede viajar con usted gratuitamente. Es posible que personas adicionales tengan que pagar.

### Asistentes para niños y personas con necesidades especiales

Algunos miembros de la Tarjeta Abierta deben tener un asistente que viaje con ellos todo el tiempo. Esto incluye niños de 12 años o menos y cualquier persona con necesidades físicas o de desarrollo especiales. El asistente debe ser una de las siguientes personas:

- › La madre, el padre, madrastra, padrastro, abuelo-abuela o guardián del miembro
- › Otro pariente adulto
- › Un adulto identificado por escrito por el padre-madre o tutor, como asistente
- › Un voluntario o empleado del Departamento de Servicios Humanos de Oregon

Un asistente adulto puede viajar gratuitamente con un niño o niña. Si el niño o niña tiene 13 años o más, no es necesario un asistente adulto. Pero un adulto puede viajar gratuitamente con un niño o niña de hasta 18 años de edad. Muchos proveedores de salud solicitan la firma de un adulto para la mayoría de los procedimientos que se le hagan a menores de 18 años de edad.

La ley del Estado de Oregon exige que los niños vayan en asientos para auto o asientos elevados. Consulte la sección anterior.

### Sus derechos y responsabilidades como viajero

#### Usted tiene derecho a:

- › Recibir un transporte seguro y confiable que satisfaga sus necesidades.
- › Ser tratado con respeto.
- › Solicitar servicios de interpretación cuando hable con servicio al cliente.
- › Recibir materiales en un idioma y formato que cumpla con sus necesidades.
- › Recibir una notificación por escrito cuando se le niegue un transporte.
- › Solicitar una audiencia si siente que se le negó injustamente un transporte.
- › Presentar una queja en cualquier momento. Por ejemplo, puede presentar una queja si:
  - › Le preocupa la seguridad del vehículo.
  - › Tiene una interacción mala con un conductor (por ejemplo, el conductor es grosero).
  - › No se le proporcionó el transporte de acuerdo con el plan.
  - › No se cumplieron sus otros derechos descritos anteriormente.

#### Sus responsabilidades son:

- › Tratar a los conductores y a los demás pasajeros con respeto.
- › Llamar a la Compañía NEMT lo más pronto posible para programar, cambiar o cancelar un transporte.
- › Utilizar el cinturón de seguridad u otro equipo de seguridad que exija la ley.
- › Solicitar paradas adicionales, como una parada en una farmacia, por anticipado.

## B. Formulario MSC 443 Solicitud de Audiencia Administrativa



### Solicitud de Audiencia Administrativa



Si desea solicitar una audiencia para obtener dinero en efectivo, cuidado infantil o servicios médicos (*procedimiento médico o medicamentos específicos*), usted o su representante debe completar este formulario. También puede usar este formulario para solicitar una audiencia para un programa médico o beneficios alimentarios, o puede hacer una solicitud en forma oral. **Un empleado del (DHS) Departamento de Servicios Humanos o de la (OHA) Autoridad de Salud de Oregon puede ayudarle a completar este formulario.**

#### El demandante o su representante debe completar esta parte

¿Habla inglés el demandante?  Sí  No  
Si la respuesta es "no", indique el idioma preferido del demandante:

¿Desea que los documentos de la audiencia estén en un formato alternativo?  Sí  No  
Si la respuesta es "sí", especifique el tipo de formato alternativo:

El juez administrativo puede llevar a cabo la audiencia por teléfono. Usted puede estar en la sucursal o en otro lugar. ¿Necesita adaptaciones razonables para participar?  
 Sí  No Si la respuesta es "sí", especifique:

Nombre del demandante:	Número de teléfono:	Número para mensajes:	Dirección de correo electrónico (opcional):
------------------------	---------------------	-----------------------	---

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------	---------	---------	----------------

Nombre del abogado o del representante:	Dirección de correo electrónico (opcional):	Número de teléfono:
---	---	---------------------

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------	---------	---------	----------------

Solicito una audiencia porque no estoy de acuerdo con la decisión de  Finalizar  Reducir mis beneficios

Negar  Cobrarme un sobrepago  Otra: \_\_\_\_\_

Yo sí  Yo no (*elija una opción*) recibí un aviso por escrito paranejar mi solicitud, o bien, para reducir o finalizar mis beneficios. **Fecha del aviso:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Audiencia solicitada para:

- SNAP (*beneficios alimentarios*)  Cuidado infantil
- TANF (*beneficios de dinero en efectivo*)  Otro: \_\_\_\_\_
- Cuidado a largo plazo  Violencia doméstica  Programa médico
- Servicio médico (*procedimiento o medicamento*)

Explique brevemente por qué no está de acuerdo.

#### Para obtener información sobre audiencias aceleradas, lea la "parte 3" que está en el reverso de este formulario.

Marque esta casilla si reúne los requisitos para una audiencia acelerada.

Antes de responder a esta pregunta, lea la "parte 2" que está en el reverso de este formulario.

¿Desea que sus beneficios sigan siendo los mismos (*que no se reduzcan ni se interrumpan*) mientras espera la audiencia?  
 Sí  No (**Nota:** Sus beneficios se podrían modificar si sucede otra cosa que los afecte).

Comprendo que se me solicitará asistir a una reunión informal con un representante de la agencia.

Firma del demandante (o del representante del demandante): \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social o número de caso del demandante\*: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

C. Formulario OHP 3302 Solicitud para Revisar una Decisión de Atención Médica



División de Sistemas de Salud

Agency Use Only		
Program	Branch	Case Number

**Solicitud de revisión de una decisión de atención de salud**

Llene las páginas 3 y 4 de este formulario o llene el formulario en línea en [bit.ly/ohp-hearing-form](http://bit.ly/ohp-hearing-form).

**Envíe las solicitudes de apelación a:**

Su CCO o plan  
(Use la dirección que aparece en  
el Aviso de Acción de su CCO o plan)

**Envíe las solicitudes de audiencia a:**

OHA-Medical Hearings  
500 Summer St NE E49  
Salem, OR 97301-1077 Fax: 503-945-6035

**Tipo de solicitud - Marque solo una de las siguientes opciones**

(consulte la página 1 para obtener más información):

Los miembros de una CCO o un plan **deben** solicitar una apelación antes de poder solicitar una audiencia a la OHA. Solicitar una apelación o audiencia **no** afectará su elegibilidad del Plan de Salud de Oregon. La decisión es suya.

- Solicitud de apelación:** le pide a la CCO o al plan que revise la decisión de denegación.  
*Adjunte una copia del "Aviso de Acción" (aviso de decisión) de su CCO o plan.*
- Solicitud de audiencia:** le pide a la OHA que revise las decisiones de denegación y apelación de la CCO o del plan.  
*Adjunte una copia del "Aviso de Resolución de la Apelación" (decisión de apelación) de su CCO o plan.*

**Díganos lo siguiente acerca del miembro a quien se le denegaron los servicios:**

1. Nombre de miembro: \_\_\_\_\_ No. de identificación del cliente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social\* (opcional): \_\_\_\_\_  
 Idioma hablado:  Inglés  Español  Ruso  Vietnamita  
 Otro: \_\_\_\_\_

¿Necesita material escrito en otro formato?  Sí  No

En caso afirmativo, especifique:

*\*La ley le permite a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) solicitar su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). Puede encontrar estas leyes en el Título 42 del Código de los Estados Unidos (USC, por sus siglas en inglés) 1320b-7(a) y (b), 7 USC 2011-2036, Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) 436.920 y 42 CFR 457.340(b). No está obligado a dar un SSN. Si lo hace, la OHA lo usará únicamente para ayudar a ubicar su archivo y sus registros.*

2. ¿El miembro tiene a alguien que lo(a) ayude con la apelación o la audiencia? Por ejemplo: un amigo, familiar, defensor, médico o abogado. *Si no tiene uno ahora, puede agregar un representante en cualquier momento antes de la apelación o de la audiencia:*

No  
 Sí, nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Quién llenó este formulario? Díganos lo siguiente acerca de dicha persona (si es diferente al miembro):**

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 4. Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

**Díganos lo siguiente acerca de la solicitud:**

- 5. ¿Qué servicio o servicios se denegaron? Enumérelos aquí.  
\_\_\_\_\_
- 6. ¿Recibió el miembro el aviso de la decisión por escrito? Marque una opción:  
 Sí. Fechas del aviso: \_\_\_\_\_  
 No
- 7. ¿Estaba el miembro recibiendo el servicio o servicios antes de que fuera(n) denegado(s)?  
 Sí  
 No
- 8. Si el miembro estaba recibiendo el/los servicio(s) antes de que fuera(n) denegado(s), ¿desea seguir recibéndolos durante el proceso de apelación o de audiencia?  
 Sí *(lea la sección Continuación de servicios en la página 2 antes de marcar esta casilla)*  
 No  
 No aplica: el miembro no estaba recibiendo el servicio o servicios antes de la denegación.
- 9. ¿Necesita el miembro una apelación o una audiencia más acelerada porque la espera podría poner en peligro su vida, salud o capacidad para funcionar?  
 No  
 Sí. *Explique el modo en que la espera podría perjudicar al miembro.*  
\_\_\_\_\_
- 10. Díganos por qué la CCO o el plan debería cubrir este servicio. *También puede enviarnos documentos y expedientes médicos para decirnos el motivo.*  
\_\_\_\_\_

# Tarjeta Abierta del Plan de Salud de Oregon

## Manual de beneficios para miembros

### Para obtener más ayuda:

---

**Servicio al Cliente del OHP . . . . . 800-273-0557**  
(se aceptan todas las llamadas de retransmisión)

Si le llega un cobro o factura, necesita ayuda para hacer una cita, tiene preguntas sobre la cobertura o necesita una tarjeta de miembro del OHP o un manual.

**Servicio al Cliente de Elegibilidad ONE. . . . . 800-699-9075**  
(se aceptan todas las llamadas de retransmisión)

Para preguntas sobre su elegibilidad para OHP, reportar cambios tales como de domicilio, ingresos u otro seguro de salud o si necesita ayuda con el sistema ONE

**Coordinación de cuidados. . . . . 800-562-4620**

Si no está inscrito en una organización de atención coordinada y necesita ayuda para encontrar a un proveedor que acepte la Tarjeta Abierta del OHP.

**Línea de consulta con un profesional de Enfermería . . . . . 800-562-4620**

Si necesita asesoría de una enfermera o enfermero.

### **Emergencias**

Si tiene alguna emergencia de salud física o dental (tal como un sangrado que no se detiene), llame . . . . . **911**

Si tiene alguna emergencia de salud mental, llame . . . **988**

Este manual de los beneficios para el miembro le proporciona únicamente información general. No incluye asesoría médica y no garantiza cobertura. Para obtener detalles completos sobre sus beneficios y cobertura, incluyendo exclusiones, limitaciones y términos del plan, comuníquese con el Servicio al Cliente del OHP . . . . . **800-273-0557**