

# CARTA DE EJEMPLO

5503 XX#### XX P2

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

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

JOHN DOE  
123 MAIN ST  
HOMETOWN OR 97000

Este es el  
empleado de OHA  
o de ODHS que  
puede ayudarlo.

## ¡Guarde esta carta!

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

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

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

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

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

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

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

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

Razón de la carta:

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

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

La carta será siempre la misma, salvo esta parte. Esta es la información nueva.

Esta es la página 2 de su carta. Proporciona información sobre su CCO y demás cobertura conocida por la OHA.

En el siguiente cuadro, se resume la información de cobertura de todas las personas del grupo familiar que reúnen los requisitos para recibirla. Consulte el cuadro adjunto del paquete de beneficios para ver lo que cubre cada paquete de beneficios. Las letras en la sección Inscripción en atención administrada/TPR se refieren a los planes que se mencionan en la página Inscripción en atención administrada/TPR.

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

Estos tipos de cobertura se presentarán en forma de carta en la columna “Inscripción en atención administrada/TPR”:

- ▶ Su CCO
- ▶ Otra cobertura conocida por la OHA, como un seguro privado o Medicare
- ▶ Farmacia asignada, para miembros de pago por servicio inscritos en el Programa de Gestión de Farmacias

En la página 3 de su carta, se menciona el nombre y el número de teléfono que acompaña a cada letra en esta columna.