

Módulo de capacitación para proveedores de HRSN: Cómo inscribirse como proveedor

2024

Oregon
Health
Authority



Lo que cubriremos hoy

En esta capacitación, hablaremos sobre el proceso para inscribirse como proveedor de servicios de HRSN para Open Card/pago por servicio.

Esta capacitación está dirigida a:

- Personas y organizaciones **que ya están inscritas** en Open Card.
- Personas y organizaciones **que recién comenzaron a trabajar** con Open Card.



Proveedores de Open Card existentes

Si ya está inscrito como proveedor con Open Card/pago por servicio (como un tipo de proveedor que no sea HRSN):

- Debe volver a pasar por el proceso de inscripción para convertirse en un proveedor de servicios HRSN.

Si ya es un proveedor de servicios HRSN y desea agregar una especialidad:

- Por ejemplo, si ya es un proveedor de Alcance y Participación Comunitaria y desea agregar el servicio de Vivienda:
 - Envíe un correo electrónico a Provider.Enrollment@odhsoha.oregon.gov
 - Escriba “HRSN” en la línea de asunto.
 - En el correo electrónico, escriba qué especialidad/servicio desea agregar.

Proveedores de Open Card existentes

Para ver en qué especialidad o especialidades está inscrito, consulte la pantalla “Tipo y especialidad” (Type and Specialty) en el portal de MMIS.

Type and Specialty

Provider Type: 68 [Search] License Number: []

Type Description: Health Related Social Needs

Primary	Provider Specialty	Specialty Description	Taxonomy	Effective Date	End Date
Yes	681	Health Related Social Needs - Outreach/Engagement	9999999999	01/01/1900	12/31/2299
No	682	Health Related Social Needs - Housing Services	9999999999	11/01/2024	12/31/2299
No	683	Health Related Social Needs - Nutrition Services	9999999999	01/01/2025	12/31/2299

Select row above to update -or- click Add button below.

Primary: Provider Specialty [Search]

Specialty Description: []

Taxonomy: []

Taxonomy Description: []

Effective Date: []

End Date: []

Healthcare Indicator: Yes ▾

Provider Contacts

Name	Title	Contact Type	Usage	Phone	Ext	Cell Phone	Effective Date
------	-------	--------------	-------	-------	-----	------------	----------------

Iniciando el proceso de inscripción de proveedores

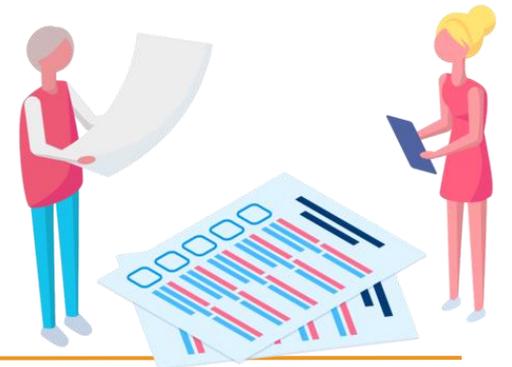


Nuevos proveedores de Open Card

Si usted o su organización son nuevos en el trabajo con Open Card y desean inscribirse como proveedores de servicios de HRSN, deberán:

1. Completar los formularios requeridos para su tipo de proveedor
2. Enviar los formularios requeridos mediante el Portal de proveedores de MMIS

Repasaremos este proceso durante el resto de la capacitación.





¿Organización o individuo?

1. **Antes de inscribirse como proveedor, determine si se está inscribiendo como proveedor individual o como organización/grupo.**
 - Un proveedor **individual** es una persona o un propietario único que facturará directamente a Medicaid y utiliza un número de seguro social (SSN) como identificación fiscal.
 - Una **organización/grupo** es una entidad, corporación u otra organización que factura a OHP por los servicios prestados por sus proveedores empleados o contratados. Utiliza un EIN como identificación fiscal.

Tome en cuenta: Solo las personas y organizaciones que facturarán a OHP o estarán presentes en los reclamos deben inscribirse.

Cómo completar los formularios requeridos



Complete todos los formularios requeridos

Antes de comenzar el proceso de inscripción de proveedores en línea:

- Complete todos los formularios requeridos y guárdelos en su computadora.
- El proceso en línea no reemplaza los formularios requeridos.
- El proceso en línea es una herramienta para enviar los formularios requeridos.
- Cargará los formularios al final del proceso de inscripción en línea.

Asegúrese de que cada formulario completado:

- Sea un archivo PDF, TIFF o TXT.
- Tenga un tamaño de archivo de 10 MB o menos y
- Tenga un nombre de archivo de 256 caracteres o menos.



¿Qué formularios se requieren?

Deberá completar y cargar los siguientes formularios al final del proceso de inscripción de proveedores en línea:

Organizaciones:

- [Provider Enrollment Information form \(OHP 3972\)](#)
- [Provider Disclosure Statement form \(OHP 3974\)](#)
- [Provider Enrollment Agreement form \(OHA 3975\)](#)

Personas:

- [Provider Enrollment Information form \(OHP 3972\)](#)
- [Provider Enrollment Agreement form \(OHA 3975\)](#)



Estos documentos actualmente solo están disponibles en inglés. Si desea solicitarlos en otro idioma o formato, póngase en contacto con: Provider.Enrollment@odhsoha.oregon.gov

Provider Disclosure Statement (OHA 3974)

- a. ¿Quién necesita completar un formulario de Declaración de divulgación del proveedor?
- a. Todas las organizaciones que se inscriban deben completar el formulario de Declaración de divulgación del proveedor.
- b. Es un **requisito federal** incluir la(s) fecha(s) de nacimiento y el(los) número(s) de Seguro Social de la(s) persona(s) **que posee(n) el 5%** o más de la organización y de un empleado gerente.
- c. **No omita este paso.** Consulte las definiciones en la página 7 del formulario 3974 para obtener más información.

<https://sharesystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/de3974.pdf>

HEALTH SYSTEMS DIVISION
Provider Enrollment Unit

Oregon Health Authority

Print Save Oregon Medicaid (Oregon Health Plan) Reset

Provider Disclosure Statement of Ownership and Control, Business Transactions and Criminal Convictions

All pages of this form must be returned even if pages are blank. This form supersedes any previous form received for this enrolled / enrolling provider.

Please check the box that explains the reason for disclosure:

New Enrollment Re-enrollment Revalidation
 Change in ownership Change in managing employee
 Removal of owner or managing employee *see page 12*
 Removal of director or officer *if organized as a corporation see page 12*

Organization Information (disclosing entity)

Organization legal name:	
Doing Business As (DBA) name (if applicable):	Federal Employer Identification Number (EIN) (## - ####):
National Provider Identifier (NPI):	Existing Medicaid Provider ID (MCD) (if known):
Business address (not mailing) Street: City: State: Zip:	

Business type (check one)

Corporation Limited Partnership Tribally owned
 Government-owned Not-for-profit
 Limited Liability Corporation (LLC) Partnership Other: (enter below)
 Limited Liability Partnership (LLP) Professional Corporation

Is the disclosing entity organized as a corporation? Yes No
If yes, complete Section II, Question 2 and 3 are also required.

Provider Disclosure Statement 200-438416 OHA 3974 (Rev. 01/2024)
Page 1 of 15

Provider Enrollment Agreement (OHA 3975)

a. Nombre del proveedor:

a. Escriba el nombre de la persona u organización que realiza la inscripción.

b. National Provider Identifier (NPI)

a. Aunque los proveedores de servicios de HRSN no están obligados a proporcionar un NPI, puede consultar con su departamento de reclamaciones (“claims”) para ver si le resultaría útil obtener un NPI.

c. Firma

a. La página de firma es obligatoria.

b. Llene y envíe todas las páginas.

The screenshot shows the 'Provider Enrollment Agreement' form from the Oregon Medicaid program. At the top, it identifies the 'MEDICAID DIVISION Provider Enrollment Unit' and the 'Oregon Health Authority' logo. There are buttons for 'Print', 'Save', and 'Reset'. The title is 'Oregon Medicaid (Oregon Health Plan) Provider Enrollment Agreement'. The main text explains that the Oregon Health Authority administers Oregon's medical assistance program for individuals eligible for Medicaid, CHIP, and OHP. It states that providers must enroll into the Oregon Medicaid Program. A section titled 'Indemnification' states that the provider shall defend, save, hold harmless, and indemnify the State of Oregon and OHA and their officers, employees and agents from and against all claims, suits, actions, losses, damages, liabilities, costs and expenses of any nature whatsoever, including attorney fees, resulting from, arising out of, or relating to the activities or omissions of Provider or its officers, employees, subcontractors, or agents under this agreement. Below this, a 'Provider' statement reads: 'I have read the foregoing Agreement, understand it and agree to abide by its terms and conditions. I further understand and agree that violation of any of the terms and conditions of this Agreement constitute grounds for termination of this Agreement and may be grounds for other sanctions as provided by statute, administrative rule, or this Agreement.' There are two sections for signatures: 'Provider or authorized signature' and 'Signature of Provider or authorized official'. The 'Provider or authorized signature' section includes a text area for the signature and a text area for the title of the authorized official (if applicable). The 'Signature of Provider or authorized official' section includes a text area for the signature and a text area for the date.

<https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le3975.pdf>

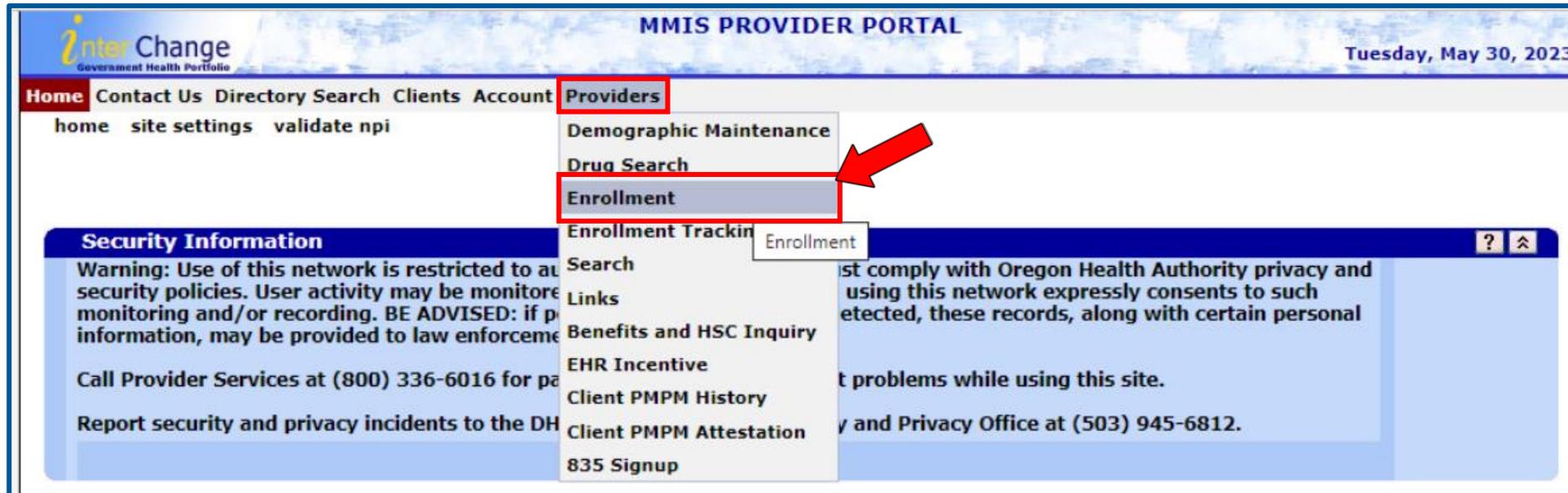
Envío de formularios a través del Portal de proveedores de MMIS



1. Abra el portal de inscripción de proveedores



- a. **Encuentre el portal** visitando: <https://www.or-medicaid.gov/>
No inicie sesión en el portal.



- b. **Abra las instrucciones paso a paso para inscribirse:**
<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/Provider-Enrollment-Guide.pdf>

2. Instrucciones

- a. Asegúrese de haber completado los formularios de inscripción necesarios (mencionados en las diapositivas anteriores).
- b. Haga clic en “Next”

Instructions ?

Welcome to the online Provider Enrollment process

Please complete each of the steps in the enrollment process. When you have completed all of the steps please click on the "Save" button to submit your application and receive your Application Tracking Number (ATN).

As part of the enrollment process you will be submitting additional required forms which you will want to download and complete prior to starting the application process. Please choose which type of enrollment you will be completing:
[Fee-for-Service](#) or [Managed Care and CCO](#)

All enrollments will need to submit the [Provider Enrollment Agreement](#) form.

In addition, organization enrollments with a type 2 NPI will also need to submit an Ownership form.

If you are interested in applying to be a Medicaid provider for **Aging and People with Disabilities** (APD) programs, please email the APD Provider Relations Unit for information.

Electronic Form Submission: You can submit your enrollment forms electronically by choosing the [attachments](#) button at the bottom of your confirmation page to upload all documents.

All documents submitted electronically, must meet the following criteria:

- Attachment must be PDF, TIF/TIFF or TXT
- File size needs to be 10 MB or less
- File name has to be 256 characters or less

Fax Form Submission: You can submit your enrollment forms via fax by choosing the [coversheet for supporting documentation](#) button to print the required coversheet.

Please click the "next" button to start the enrollment application.

next

3. Tipo de proveedor y especialidad

Para ingresar su tipo de proveedor:

- Si ya sabe el número de tipo de proveedor (Provider Type), puede ingresarlo en el campo.
- Si no sabe el número, haga clic en “**Search**”. Puede hacer clic en el botón “**Next**” o en los números de página en la parte inferior del panel de búsqueda para encontrar el tipo de proveedor (Provider Type).

The screenshot shows a web application interface for searching Provider Types. The main form has a 'Provider Type*' field with a '[Search]' button highlighted in red. Below the form, a 'Search Results' table is displayed with a red box around the row for '68 Health Related Social Needs'. The table has columns for 'Type' and 'Description'. The page number '7' is highlighted in the pagination controls at the bottom.

Type	Description
60	Smoking Cessation
61	Lactation Consultant
62	Education Agency
63	Community Based Organization Biller (CBO)
64	Targeted Case Mngt
65	Translator
66	Emergency Medical Services (EMS)
67	Licensed Genetic Counselor (LGC)
68	Health Related Social Needs
69	Social Worker

3. Tipo de proveedor y especialidad



Tipo de proveedor (Provider Type):

a. Puede encontrar una lista de tipos y especialidades aquí:

<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Provider-Enroll.aspx>

b. Proveedores de Health Related Social Needs (HRSN) son Tipo #68:

- a. 680: Health Related Social Needs – Climate Services (Servicios relacionados con eventos climáticos)
- b. 681: Health Related Social Needs – Outreach/Engagement (Alcance y participación comunitaria)
- c. 682: Health Related Social Needs – Housing Services* (Servicios de la Vivienda)
- d. 683: Health Related Social Needs – Nutrition Services** (Servicios de la nutrición)

*Los proveedores de servicios de la vivienda de HRSN pueden comenzar a inscribirse a partir del 1 de agosto de 2024; los beneficios comienzan en noviembre de 2024.

**Los proveedores de servicios de la nutrición de HRSN pueden comenzar a inscribirse a partir del 1 de agosto de 2024; los beneficios comienzan en enero de 2025.

3. Tipo de proveedor y especialidad



Para seleccionar la especialidad del proveedor (Provider Specialty):

- a. Haga clic en “Add” y luego en “Search”
- b. Encuentre su **Especialidad del Proveedor (Provider Specialty)** en la lista desplegable

Provider Type* 68 [Search]

Type Description Health Related Social Needs

Primary ▲ Provider Specialty Specialty Description

A

Type data below for new record.

Primary: Provider Specialty* [Search]

Specialty Description

Primary: Provider Specialty [Close]		
Search Results		
Provider Specialty ▲	Specialty Description	Provider Type
108	Encounter Only	68
680	Health Related Social Needs - Climate Services	68
681	Health Related Social Needs - Outreach/Engagement	68
682	Health Related Social Needs - Housing Services	68
683	Health Related Social Needs - Nutrition Services	68

delete add

3. Tipo de proveedor y especialidad



Marque ✓ la casilla junto a “Primary: Provider Specialty*”:

a. Haga clic en “Next”

Provider Type			
Provider Type*	68	[Search]	
Type Description	Health Related Social Needs		
Primary ▲	Provider Specialty	Specialty Description	
A Yes	680	Health Related Social Needs - Climate Services	
Type data below for new record.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Primary: Provider Specialty*	680	[Search]
	Specialty Description	Health Related Social Needs - Climate Services	
		previous	next

4. Información base

Tipo de solicitud*

- a. Las personas y organizaciones que se inscriban como proveedores de servicios de HRSN deben seleccionar **“HRSN-Health Rel”** en la lista desplegable junto a **“Application Type.”**

The screenshot shows a 'Base Information' form with a dropdown menu for 'Application Type'. The dropdown is open, showing a list of options. The option 'HRSN-Health Rel' is highlighted in grey, indicating it is the selected option. A red box highlights the 'Hospice' and 'Hospital' options in the list. Other options include Ambulatory Surg, Billing Provide, Chemical Depend, Dentist, Dialysis, Durable Medical, Encounter Only, Facility, Federally Quali, Home Health, Homecare Worker, and Limited Access. The form also includes fields for Name Type*, Name*, Address 1*, Address 2*, City*, State*, Zip*, Phone*, Contact, Gender, Application NPI, License, License State, License Type, License Certification, License Certification End, UPIN, Ownership, Birthdate*, and SSN*.

4. Información base

Fecha de nacimiento y número de seguro social:

- a. Si presenta la solicitud como **individuo**, utilice la **fecha de nacimiento** y el número de seguro social de la persona.
- b. Si presenta la solicitud como **organización**, utilice **01/01/1900** para la **fecha de nacimiento** y **nueve ceros (“000000000”)** para el número de seguro social.

License type
License Certification
License Certification End

UPIN

Ownership No ▾

Birthdate*

SSN*

previous

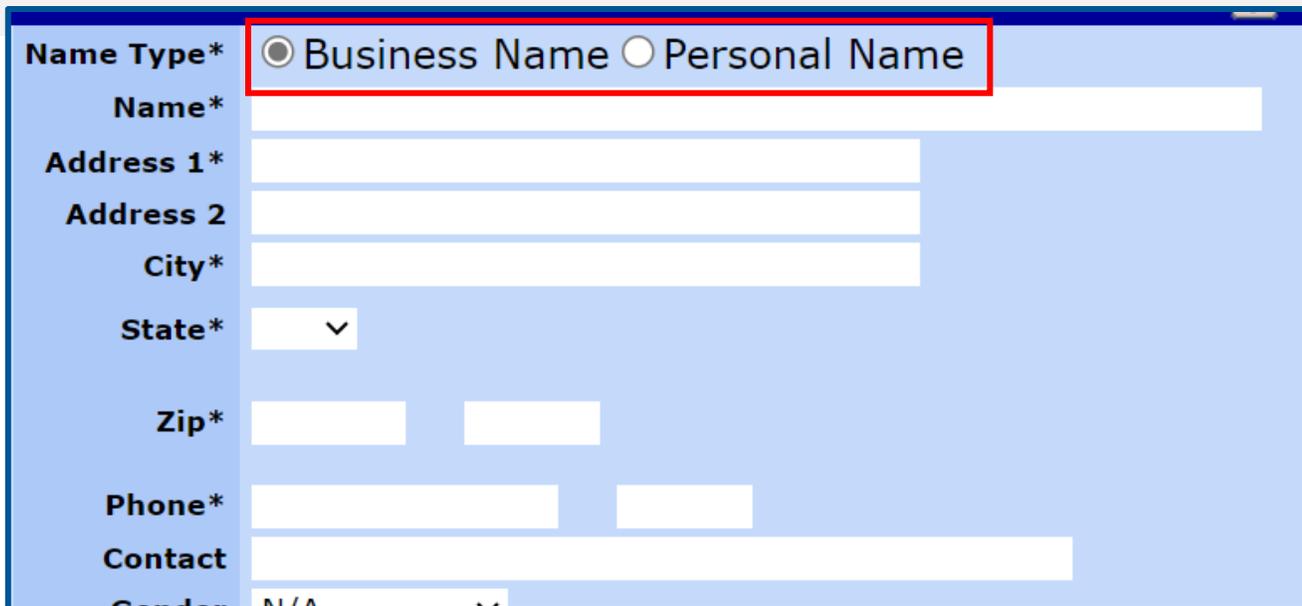
¿Por qué se requiere el SSN?:

Es necesario para validar al proveedor frente a las bases de datos de exclusión.

4. Información base

Name type:

- a. Si presenta la solicitud como individuo, seleccione “**Personal Name**”.
 - b. Si presenta la solicitud como organización, seleccione “**Business Name**”.
- Después de seleccionar el tipo de nombre, complete el resto de la información.



The image shows a registration form with the following fields and options:

- Name Type***: Radio buttons for Business Name and Personal Name. This section is highlighted with a red box.
- Name***: Text input field.
- Address 1***: Text input field.
- Address 2**: Text input field.
- City***: Text input field.
- State***: Dropdown menu with a downward arrow.
- Zip***: Two text input fields for zip code.
- Phone***: Two text input fields for phone number.
- Contact**: Text input field.
- Company**: Text input field with "N/A" visible.

¿Recibió un error en la dirección?

Si recibe un error, puede cambiar la dirección a:

500 Summer St NE, Salem, OR 97301

El departamento de inscripción de proveedores cambiará la dirección cuando procese su solicitud.

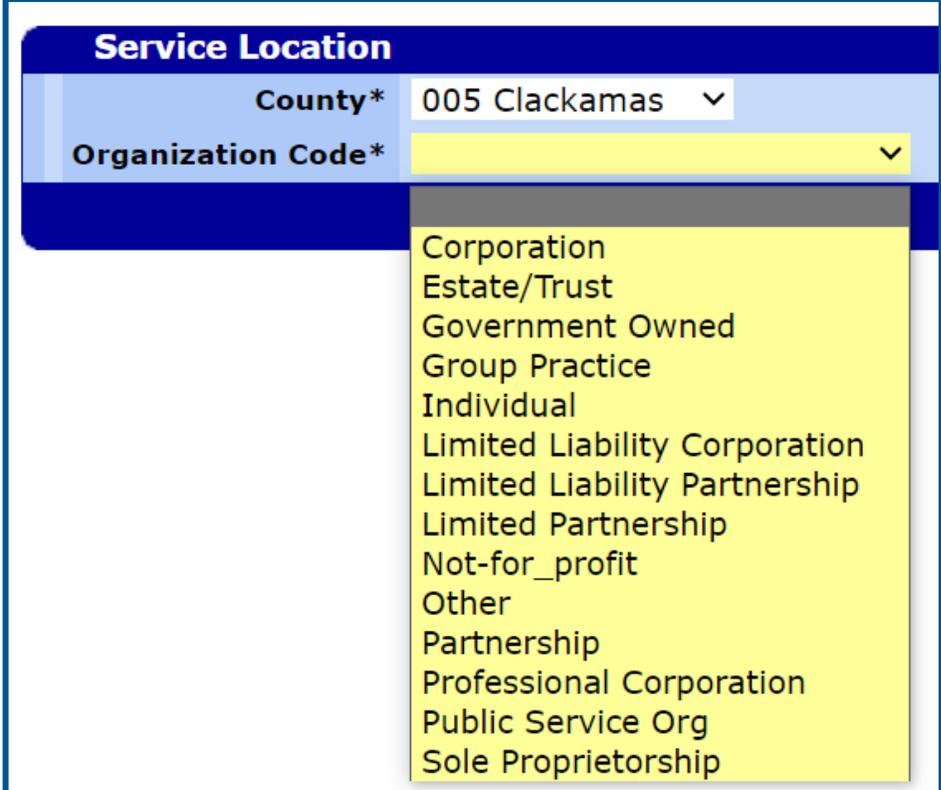
5. Ubicación del servicio

Condado:

- a. Utilice el cuadro desplegable para elegir su condado.

Código de organización*:

- a. **Organizaciones:** Utilice el cuadro desplegable para elegir el código de su organización.
- b. **Personas:** Para personas que que no recibirán pago, seleccione “Individual”.

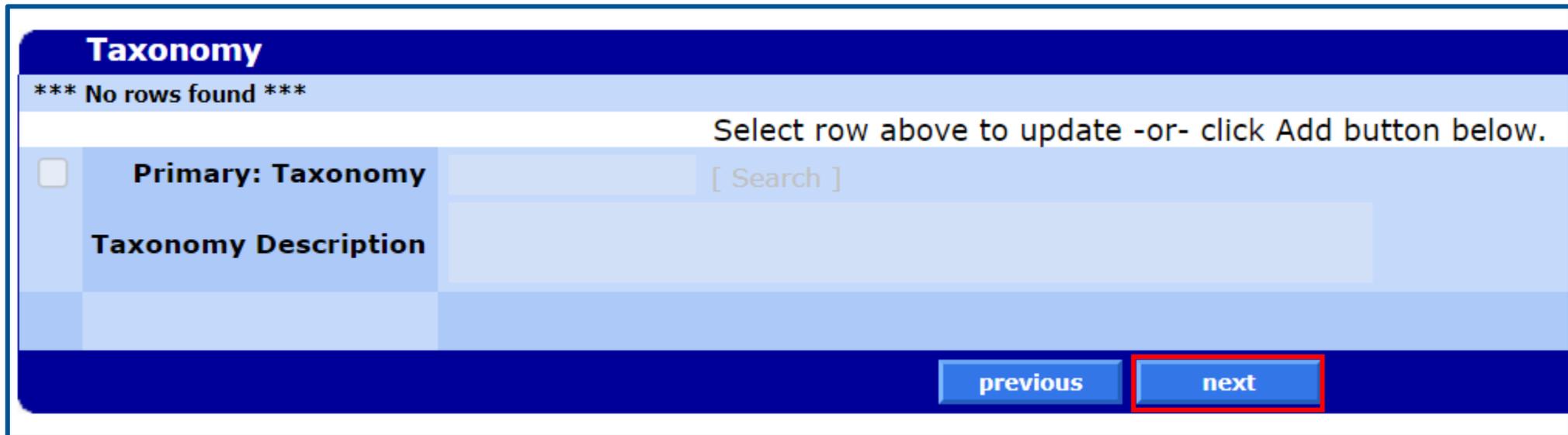


The screenshot shows a form titled "Service Location". It has two main fields: "County*" and "Organization Code*". The "County*" field is set to "005 Clackamas". The "Organization Code*" field is currently empty, and a dropdown menu is open, displaying a list of organization types: Corporation, Estate/Trust, Government Owned, Group Practice, Individual, Limited Liability Corporation, Limited Liability Partnership, Limited Partnership, Not-for_profit, Other, Partnership, Professional Corporation, Public Service Org, and Sole Proprietorship.

6. Taxonomía

Not requerido

- a. Esta información no es obligatoria. Haga clic en “**Next**” para omitir.



The screenshot shows a web form titled "Taxonomy". At the top, it displays the text "*** No rows found ***". Below this, there is a message: "Select row above to update -or- click Add button below." The form contains a table with two columns: "Primary: Taxonomy" and "Taxonomy Description". The "Primary: Taxonomy" column has a search input field with "[Search]" next to it. At the bottom right of the form, there are two buttons: "previous" and "next". The "next" button is highlighted with a red border.

7. Identificación fiscal

Identificación fiscal:

- a. Si presenta la solicitud como **individuo**:
 - a. Para “IRS Tax Type,” seleccione: “**SSN**” e ingrese el Número de Seguridad Social del solicitante en el campo de “IRS Tax ID”
- b. Si presenta la solicitud como **organización**:
 - a. Para “IRS Tax Type,” seleccione: “**FEIN**” e ingrese el número de identificación del empleador (EIN) de la organización en el campo de “IRS Tax ID.”

The image shows a screenshot of a web form titled "Tax ID". The form has a dark blue header with the title in white. Below the header, there are two main input fields. The first is labeled "IRS Tax Type*" and has a yellow dropdown menu with a downward arrow. The second is labeled "IRS Tax ID*" and has a white input box. Below the "IRS Tax Type*" dropdown, there is a yellow box containing the text "FEIN" and "SSN" stacked vertically, with a red border. To the right of the input fields, there are two blue buttons: "previous" and "next", both with red borders.

8. Dirección

No actualice esta página.

- a. Esta información se completa automáticamente a partir de pantallas anteriores. Haga clic en **“Next”** para avanzar.

(Tome en cuenta: la captura de pantalla a continuación es solo una dirección de ejemplo).

Page 7 of 10

Usage	Name	Address 1	City	State	Zip	Zip + 4	Phone	Ext	Handicap Access
A Home Office	TEST	500 SUMMER ST NE	SALEM	OR	97301	1064	(503)979-6980		N
A Mail to	TEST	500 SUMMER ST NE	SALEM	OR	97301	1064	(503)979-6980		N
A Pay to	TEST	500 SUMMER ST NE	SALEM	OR	97301	1064	(503)979-6980		N
A Service Location	TEST	500 SUMMER ST NE	SALEM	OR	97301	1064	(503)979-6980		N
A Corporate Office	TEST	500 SUMMER ST NE	SALEM	OR	97301	1064	(503)979-6980		N
A Medical Records	TEST	500 SUMMER ST NE	SALEM	OR	97301	1064	(503)979-6980		N

Select row above to update.

Name Type	<input type="radio"/> Business Name <input type="radio"/> Personal Name	Cell Phone		Language Format Indicator	
Name		Phone		Written	
Title		Fax			
In Care Of		International Phone			
Usage		International Fax			
Country		ADA Accessible?	Yes <input type="checkbox"/>		
Address 1					
Address 2					
International Address					
City					
State					
Zip					
E-Mail					

previous nex

9. Contactos

Agregue al menos un contacto

- Haga clic en “**Add**” para ingresar la información de un contacto. Se requiere un nombre y una dirección de correo electrónico.

The screenshot displays a web application interface for managing contacts. At the top right, it says "Page 8 of 10". Below the header, there is a table with the following columns: Name, Title, Contact Type, Usage, Phone, Ext, Cell Phone, Effective Date, and End Date. The table contains one record with the name "TEST", an effective date of "07/29/2024", and an end date of "12/31/2299". Below the table, there is a form for adding a new record. The form has the following fields: Name* (text input, highlighted in yellow), Title (dropdown menu), Contact Type (dropdown menu), Usage (dropdown menu), Phone (text input), Cell Phone (text input), Fax (text input), Email (text input), Effective Date (text input, value: 07/29/2024), and End Date (text input, value: 12/31/2299). At the bottom right of the form, there are two buttons: "delete" and "add". The "add" button is highlighted with a red box. At the bottom of the interface, there are two buttons: "previous" and "next".

10. Presentar la solicitud

Presentar la solicitud

- a. Haga clic en “**Save**” para finalizar su envío.
 - a. **Podrá cargar documentos en la siguiente pantalla.**
- b. Haga clic en “**Previous**” si necesita corregir algo en la solicitud.



11. Completar

IMPORTANTE

Adjunte documentos en esta pantalla. Una vez que salga de esta pantalla, no podrá regresar a ella.

Completar la solicitud

- Esta página contiene el **número de seguimiento de la solicitud (ATN, por sus siglas en inglés)**. Anote este número.
- Haga clic en **“Attachments”** para cargar documentos a su aplicación.

The following messages were generated:

Message Description	Panel	Field	Row
Save was Successful.	Instructions		

Page 10 of 10

Completion

The Enrollment Information has been submitted successfully and will be reviewed.
Please make sure to print this page for your records.

The Application Tracking Number (ATN) is : 6360105

As part of the enrollment process you will need to submit additional required forms which you have or need to download and complete to finish the application process. If you need to review the enrollment forms please choose which type of enrollment you have completed: [Fee-for-Service](#) or [Managed Care and CCO](#)

All enrollments will need to submit the [Provider Enrollment Agreement](#) form.

In addition, organization enrollments with a type 2 NPI will also need to submit an Ownership form.

Electronic Form Submission: You can submit your enrollment forms electronically by choosing the [attachments](#) button at the bottom of this page to upload all documents.

All documents submitted electronically, must meet the following criteria:

- Attachment must be PDF, TIF/TIFF or TXT
- File size needs to be 10 MB or less
- File name has to be 256 characters or less

Fax Form Submission: You can submit your enrollment forms via fax by choosing the [coversheet for supporting documentation](#) button to print the required coversheet. You can also reference [Instructions for Submitting Supporting Documents](#) for further details.

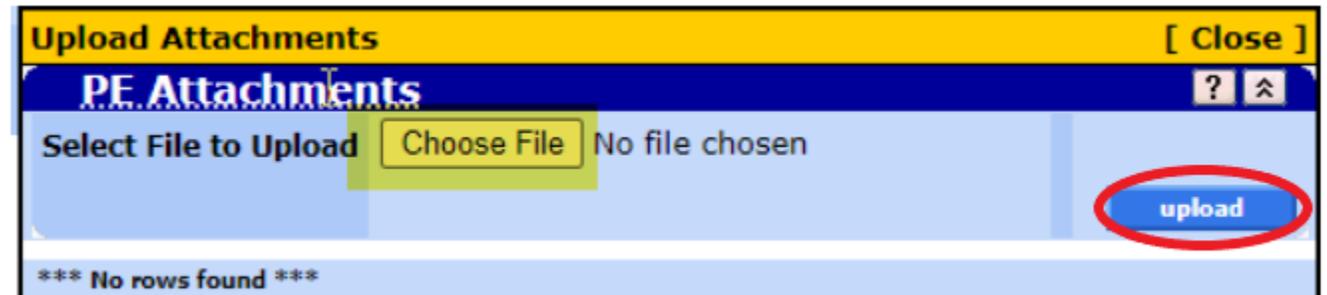
You can use the ATN to check the status of your enrollment application using the Application Tracking Tool

[Attachments](#) [Coversheet for supporting documentation](#)

11a. Archivos adjuntos

Cómo cargar archivos adjuntos

- a. Después de hacer clic en “**Attachments**,” haga clic en “**Choose File**”, seleccione su formulario y luego haga clic en “**upload**.”



Tenga en cuenta lo siguiente:

- Esta es la **única oportunidad** en la que podrá agregar archivos adjuntos a su solicitud. Si necesita enviar más información más adelante, deberá enviar la solicitud nuevamente.
- No puede usar el Portal de proveedores para ver los archivos adjuntos a su solicitud. Guarde los archivos que cargue si desea conservarlos para futuras referencias.
- Si llama para verificar que se hayan recibido los archivos adjuntos, tenga en cuenta que la OHA tarda aproximadamente una hora en poder verlos.

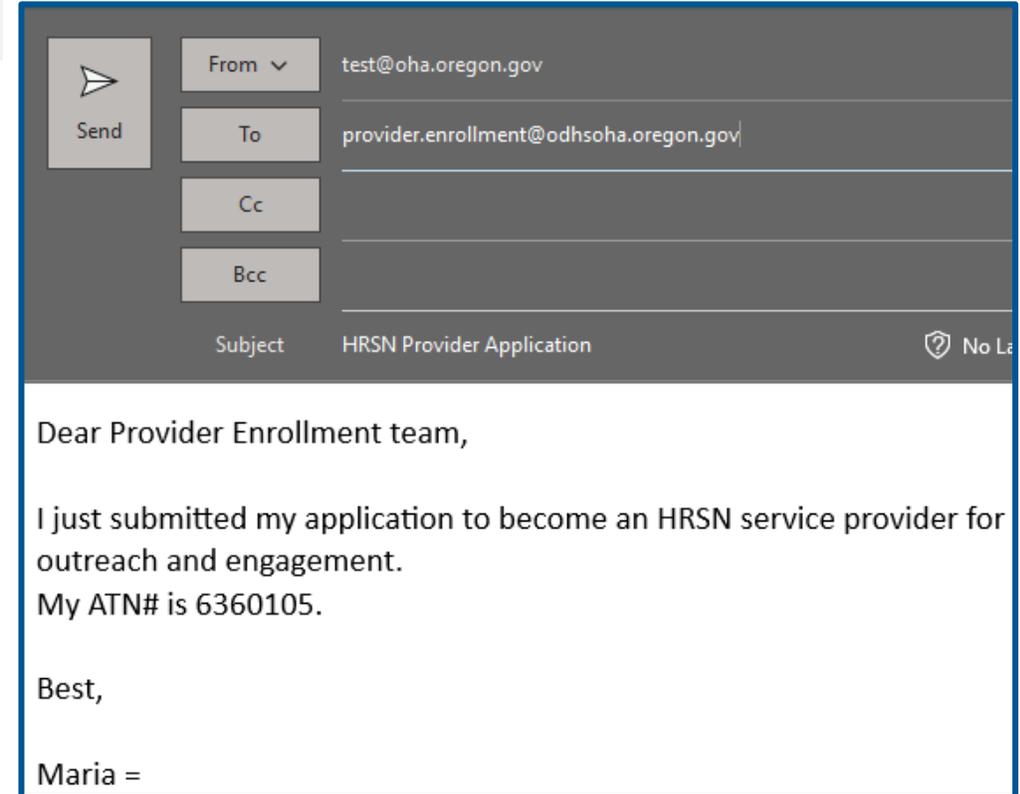
12. Notifique a OHA sobre su presentación

Una vez que haya completado la solicitud:

Envíe un correo electrónico al Equipo de inscripción de proveedores a Provider.Enrollment@odhsoha.oregon.gov para informarles que presentó una solicitud para convertirse en un proveedor de servicios de HRSN.

- En la línea de asunto, escriba: **“HRSN”**
- En el cuerpo del correo electrónico, escriba su número de ATN.

Las solicitudes de HRSN se procesan más rápido.



The screenshot shows an email composition interface. The header includes a 'Send' button, a 'From' field with 'test@oha.oregon.gov', a 'To' field with 'provider.enrollment@odhsoha.oregon.gov', and empty 'Cc' and 'Bcc' fields. The subject line is 'HRSN Provider Application'. The body text reads: 'Dear Provider Enrollment team, I just submitted my application to become an HRSN service provider for outreach and engagement. My ATN# is 6360105. Best, Maria ='.

Próximos pasos



Después de presentar su solicitud

¡Felicidades! Ha enviado con éxito su solicitud para inscribirse como proveedor de servicios HRSN.

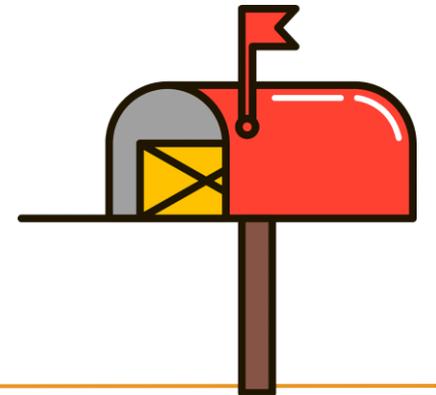


- Si necesitamos más información, se lo notificaremos por correo electrónico o postal.
- Si no puede presentar su solicitud en la página web mediante este proceso, puede enviar su solicitud por fax a Inscripción de proveedores al 503-378-3074. Asegúrese de marcar la casilla "Inscripción de proveedor" en la portada del documento EDMS.

Revise su correo

Una vez que se haya inscrito como proveedor, recibirá dos comunicaciones:

- 1. Correo electrónico:** Se le enviará por correo electrónico una carta de bienvenida. Esta carta tiene su número de identificación de proveedor de Medicaid.
- 2. Correo postal:** Se generará una carta con su número de PIN y se le enviará por correo postal. Necesitará este número de PIN para acceder al Portal web de proveedores y verificar la elegibilidad de los miembros del OHP.



Preguntas frecuentes



Preguntas frecuentes

- **¿Cuánto tiempo toma la inscripción después de enviar una solicitud?**
 - Actualmente, las solicitudes de HRSN se están procesando de manera expedita. Notifique a OHA sobre su solicitud (consulte la diapositiva anterior “Notifique a OHA sobre su envío”).
- **¿Se puede retrotraer la inscripción o se pueden enviar reclamos retroactivos?**
 - Las solicitudes de inscripción se pueden retrotraer hasta un año, pero no antes de la fecha de vigencia del programa.
- **¿Debo completar los formularios de inscripción además de la solicitud en línea?**
 - Sí. El portal web es solo una herramienta de carga para que los proveedores envíen sus formularios de inscripción a OHA. Esto es para reemplazar el envío de formularios por fax.

Preguntas frecuentes



- **Presenté mi solicitud y olvidé agregar los archivos adjuntos. ¿Cómo los envío ahora?**
 - Si presentó una solicitud sin los archivos adjuntos, deberá completarla nuevamente. Presente nuevamente la solicitud y asegúrese de agregar los archivos adjuntos.

Preguntas frecuentes

- **¿Existe un proceso separado "más sencillo" para inscribir a los proveedores de HRSN?**
 - No, el proceso de inscripción es el mismo para los proveedores de HRSN.
- **¿Pueden las organizaciones participar como proveedores de servicios de HRSN si reciben fondos de otras fuentes/donaciones federales?**
 - El programa HRSN no tiene como objetivo reemplazar o duplicar los servicios a través de otras fuentes de financiación. Las organizaciones deben equilibrar otros fondos estatales y federales que reciben para asegurarse de que están abordando la prestación de servicios de manera adecuada.
- **¿Cómo puede un proveedor de HRSN obtener acceso a MMIS para verificar la elegibilidad de los miembros?**
 - Si un proveedor completa el proceso de inscripción de proveedores de Medicaid con OHA, obtendrá acceso a MMIS para buscar información sobre la elegibilidad y la inscripción de los miembros en la CCO.

Más apoyo



¿Aún tiene preguntas?

- **Para dudas sobre inscripción:**

- Llame al Equipo de Inscripción de Proveedores de OHA al 800-336-6016, opción 6, o envíe un correo electrónico a Provider.Enrollment@odhsoha.oregon.gov.



- **Para obtener ayuda con la configuración del portal web para proveedores y solicitudes de desbloqueo/restablecimiento de contraseñas:**

- Llame a Servicios para proveedores al 800-336-6016, opción 5, o envíe un correo electrónico a: TEAM.Provider-access@odhsoha.oregon.gov

Más capacitación: <https://www.oregon.gov/oha/HPA/dsi-tc/Pages/Health-Related-Social-Needs-Provider-Training.aspx>

¡Gracias!

