



Actualizaciones de Salud de Oregon y más para socios comunitarios

28 de agosto de 2024



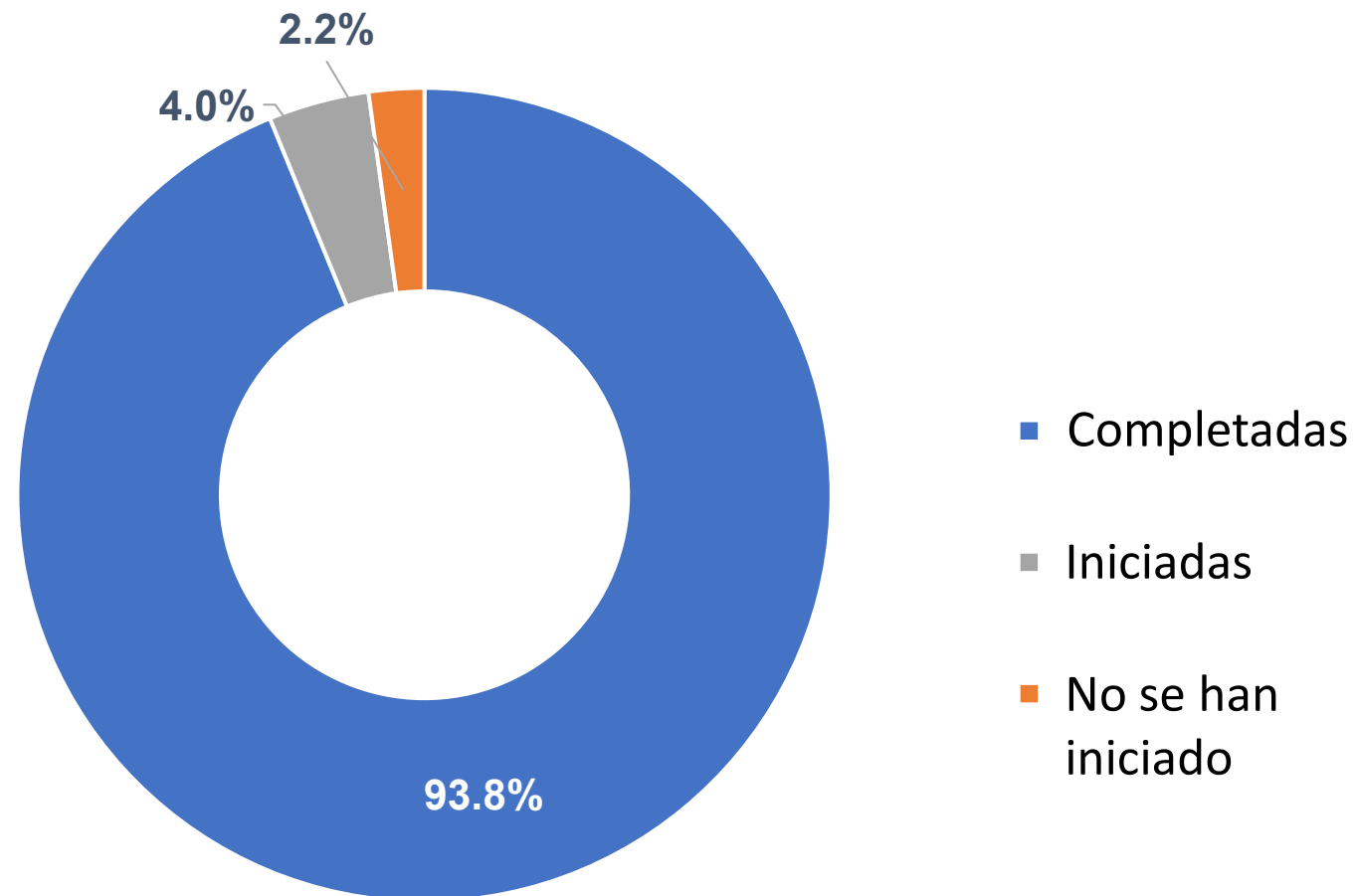
Agenda para hoy

- Actualizaciones sobre las renovaciones debido al fin de la emergencia de salud pública
- Actualizaciones del programa Puente a OHP (OHP Bridge, en inglés)
 - Trasfondo y recursos
 - Comparación continua de elegibilidad
 - Ingresos anuales y mensuales
 - Plazos de inscripción y cambios de dirección
 - Respuestas a preguntas
- Espacio para conversar



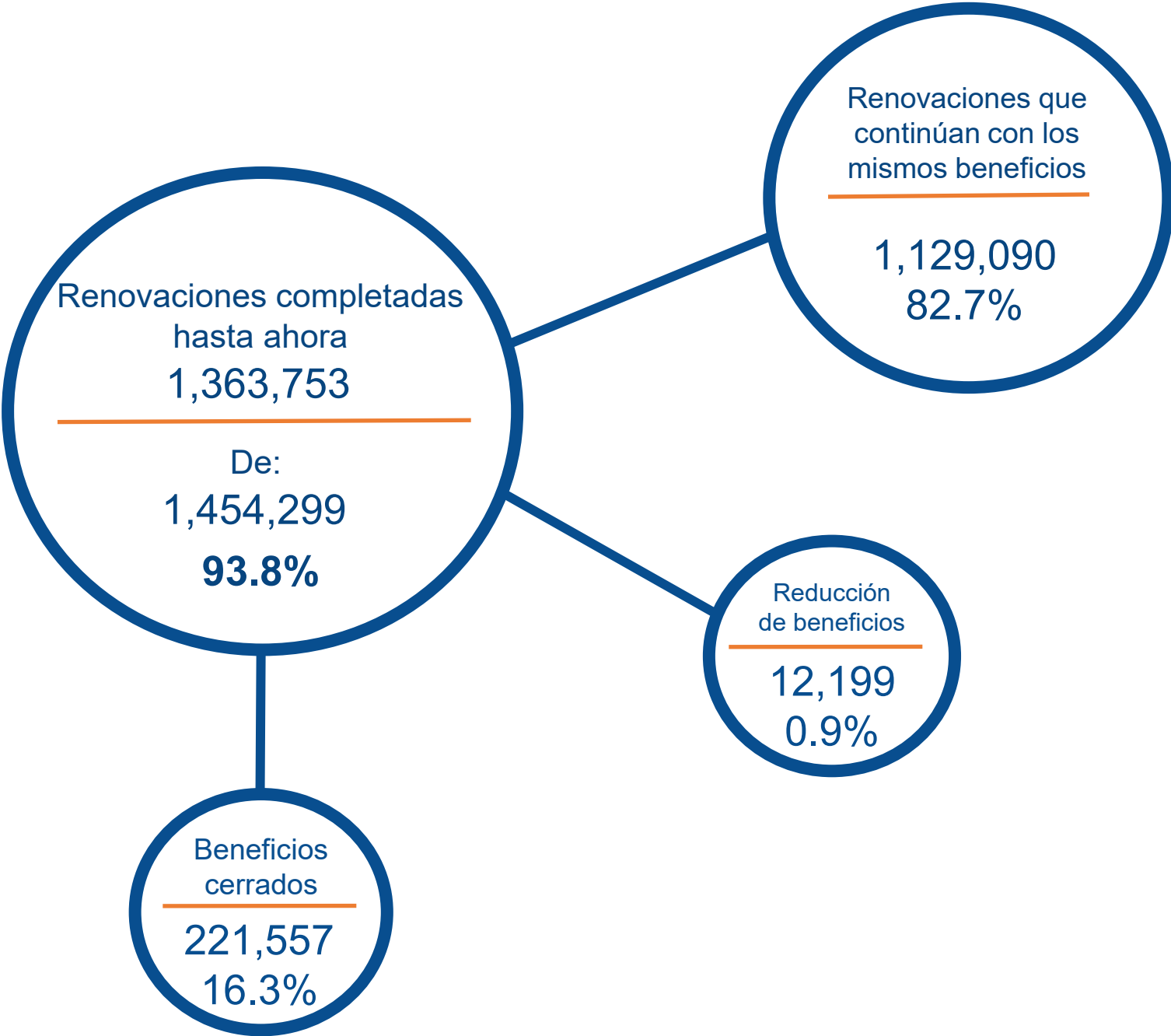
Actualizaciones del proceso de renovaciones

Progreso de renovaciones



Resumen de los resultados de las renovaciones

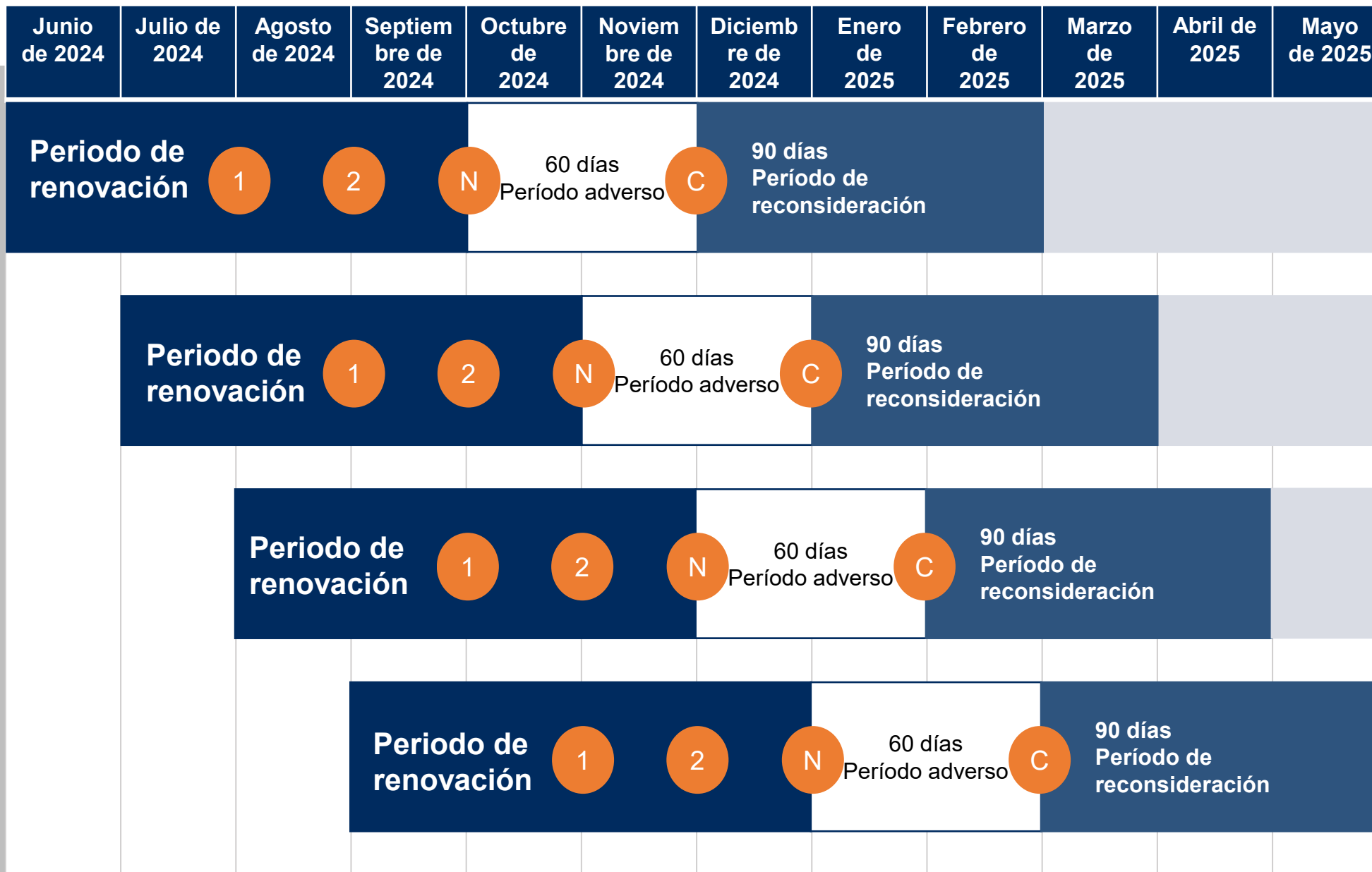
Renovaciones completadas hasta la fecha del 11 de agosto de 2024



¿Quién queda?

- **Las renovaciones restantes de la pandemia que se han iniciado durante el verano incluyen:**
 - A algunas personas que tienen OSIPM (por sus siglas en inglés). El OSIPM brinda la cobertura del Plan de Salud de Oregon para personas que son legalmente ciegas, tienen una discapacidad o tienen 65 años o más y tienen ingresos y recursos financieros limitados.
 - Algunas personas cuyos beneficios fueron restablecidos o cuyas renovaciones fueron reprogramadas como parte de una solicitud federal para revisar los procesos de renovación automática.
 - Todos los demás miembros del hogar en casos con un miembro en los grupos antes mencionados
- Algunos beneficios de los miembros se cerraron o redujeron anteriormente, luego fueron reestablecidos hasta que pudimos actualizar el proceso de renovación y los avisos.
- Para permitir más apoyo a esta población, las renovaciones se distribuyen a lo largo de 4 meses.

Plazo de renovación extendido



Clave interactiva

- 1 Primer aviso de recordatorio
- 2 Segundo aviso de recordatorio
- N Aviso de cierre
- C Cierre de la renovación
- Periodo de renovación
- Periodo adverso de 60 días
- Periodo adverso de 90 días

Tendencias en los casos que se están renovando este verano

- Más probabilidades que otros miembros de OHP de tener más de 65 años o tener una discapacidad
 - El 49% de las renovaciones de este verano son de personas mayores de 65 años, en comparación con el 9% del total
 - El 65% tiene una discapacidad, en comparación con el 18% del total
- Datos de renovación hasta el momento:
 - Es mucho más probable que sea una renovación activa que una aprobación pasiva
 - Los tipos de solicitudes de información (RFI, por sus siglas en inglés) más comunes son las entrevistas y la verificación de bienes, cada uno con más de 8500 miembros a los que le les solicito esta información en las renovaciones de julio (~ 17% del total)

Alcance adicional

Múltiples esfuerzos para brindar apoyo adicional a esta población:

- Los miembros con un administrador de casos a través de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en Inglés) serán contactados por el administrador de casos
- Llamadas de recordatorio a algunos miembros con 60/30 días restantes para responder:
 - Miembros del Programa de Ingresos Suplementarios de Oregon (OSIPM, por sus siglas en inglés) con LTSS
 - Miembros del Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en Inglés)
 - Miembros de OSIPM sin LTSS o MSP

Completando entrevistas

- La entrevista es el tipo de solicitud más común entre las renovaciones que se han hecho este verano
 - Los socios comunitarios no pueden completar este paso sin el cliente
 - El miembro o representante autorizado debe estar en la llamada.
- Cuando una solicitud o renovación está pendiente porque se está solicitando una entrevista:
 - Los socios comunitarios pueden ayudar a los clientes a completar la entrevista llamando a la línea de acceso para socios comunitarios.
 - El estado se comunicará para programar una entrevista, pero muchos clientes se benefician de que un socio les ayude a completar el proceso más rápido.

Si los beneficios se están cerrando

- Las personas con OSIPM o LTSS con ingresos o recursos más altos al momento de la renovación pueden correr el riesgo de perder los beneficios, pero es posible que tengan opciones para redistribuir sus finanzas y seguir siendo elegibles.
 - Los miembros que superan los límites de recursos siempre deben hablar con un trabajador de elegibilidad antes de tomar cualquier decisión financiera.
 - No queremos que las personas se queden sin los beneficios para los que son elegibles, se descalifiquen accidentalmente o tomen medidas innecesarias, como vender su casa, para calificar.
- Las personas con Medicare que están perdiendo los beneficios completos de OHP pueden ajustar sus opciones de plan de Medicare— comunicándose con consejeros de SHIBA* al 800-722-4134 o por internet:
OregonHealthCare.Gov/GetHelp

Puente a OHP (OHP Bridge, en inglés)

¿Qué es Puente a OHP (OHP Bridge)?

- Puente a OHP es un beneficio nuevo para personas adultas con ingresos más altos. Las personas que reciben beneficios del programa Puente a OHP deben:
 - tener ingresos de hasta el 200% del nivel federal de pobreza;
 - tener entre 19 y 64 años;
 - no tener acceso a otro seguro de salud asequible, y
 - tener un estado de inmigración o ciudadanía elegible para reunir los requisitos.
- Puente a OHP es casi lo mismo que OHP Plus.
- Puente a OHP es una cobertura gratuita sin costos para el miembro (como copagos o deducibles).

En Oregon, tendremos dos programas Puente a OHP, mayormente con el mismo paquete de beneficios

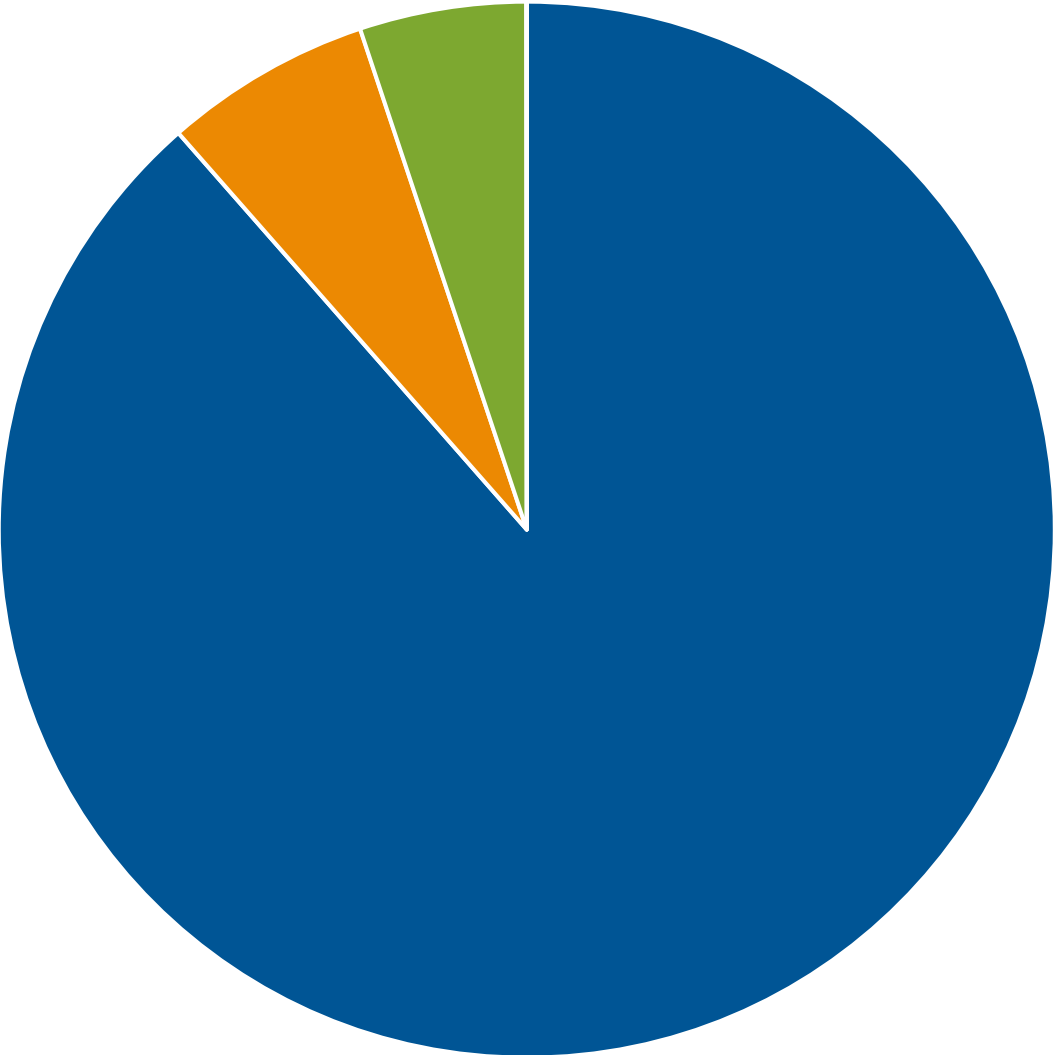
Puente a OHP: Programa Básico de Salud (BHP)

- Administrado exclusivamente por organizaciones de atención coordinada (Coordinated Care Organization, CCO, por sus siglas en inglés)
- No tiene opción para tarjeta abierta

Puente a OHP: Medicaid Básico (BBM)

- Permite a las personas inscritas la opción de elegir entre una CCO y una tarjeta abierta
- Solo está disponible para Nativos de América del Norte/nativos de Alaska

Estadísticas de lanzamiento del 1 de julio (25,736 miembros)



- Se trasladó a 22,784 personas a Puente a OHP a partir del 1.º de julio.
- 1,636 personas se quedaron en el programa MAGI Expanded Adult (Temporary Medicaid Expansion, TME) y tienen pendiente una revisión mayor de elegibilidad.
- Se trasladó a 1,313 personas a otra categoría de elegibilidad médica (por ejemplo, Medicaid).
- Se cerraron beneficios a 3 personas debido a un motivo válido.

¿Quiénes se inscribirán en el programa Puente a OHP en los próximos años?

Personas sin seguro médico

Los miembros nuevos pueden solicitar la cobertura a partir del 1 de julio.

Personas que vienen del Mercado

Las personas que en la actualidad tienen cobertura del Mercado con ingresos de entre el 138% y el 200 % del FPL pasarán a Puente a OHP gradualmente a lo largo del transcurso de tres años.

Personas que vienen del Plan de Salud de Oregon

Las personas con ingresos de entre el 138 % y el 200% del FPL mantuvieron el OHP después de la finalización de la emergencia por la pandemia (“Expansión temporal de Medicaid”). La mayoría pasará a Puente a OHP el 1 de julio.

Comparación de la elegibilidad continua y los períodos de cobertura

OHP Plus Elegibilidad continua	Puente a OHP – Medicaid Básico (BBM) Elegibilidad continua	Puente a OHP – Programa Básico de Salud (BHP) Período de cobertura
La cobertura puede cerrarse por ciertas razones permitidas, como mudarse fuera del estado, fraude, o error administrativo, o si el miembro solicita el cierre de beneficios		
Cobertura protegida entre renovaciones, incluso si los ingresos aumentan		
2 años para adultos	12 meses	
Mantener la cobertura hasta el final del período de elegibilidad continua después de cambios que no sean financieros , como cumplir 65 años.		No tiene protección después de cambios que no sean financieros
Puede tener acceso o estar inscrito en otra cobertura de salud	La cobertura puede terminarse si se inscribe en otra cobertura de salud	La cobertura se termina si obtiene acceso o se inscribe en otra cobertura de salud

Ejemplo de ingresos

- Límite de ingresos **anuales** de **Puente a OHP – BHP**: 200% del nivel federal de pobreza (FPL)
- Límite de ingresos **mensuales** de **Puente a OHP – Medicaid Básico**: 205% FPL
- Joe solicita beneficios médicos. Su abuelo era miembro de una tribu (federalmente reconocida de los estados unidos), por lo que será examinado para Puente a OHP – **BHP** y para **Medicaid Básico**.
 - ONE verifica si es elegible para OHP Plus (<138% FPL **mensual** o <100% **anual**)
 - Luego verifica si es elegible para **Medicaid Básico** (<205% FPL **mensual**)
 - Después, verifica si es elegible para Puente a **OHP - BHP** (<200% FPL **anual**)

Plazos de inscripción para los miembros de Puente a OHP – Programa Básico de Salud (BHP)

Las personas elegibles para Puente a OHP – BHP deben estar inscritas en un CCO. La fecha de inicio de su elegibilidad determinará la fecha de inicio de su inscripción en CCO:

- Si se determina que es elegible el día 15 del mes o antes, Puente a OHP – BHP comenzará el primer día del mes siguiente.

Por ejemplo, la decisión de elegibilidad se toma el 15 de agosto, BHP comenzará el 1 de septiembre.

- Si se determina que es elegible desde el día 16 hasta el último día del mes, la elegibilidad de Puente a OHP – BHP comenzará el primer día del mes siguiente al mes siguiente.

Por ejemplo, la decisión de elegibilidad se toma el 16 de agosto, BHP comenzará el 1 de octubre.

Para obtener más información sobre los plazos de inicio de la cobertura, Kit de herramientas de alcance en la página web de Puente a OHP: ohp.Oregon.gov/Puente

Plazos de inscripción para los miembros de Puente a OHP – Programa Básico de Salud (BHP)

¿Cuándo comenzará la cobertura: Puente a OHP – Basic Health Program?



Las personas que se determinen elegibles **antes o el día 15 del mes** serán inscritas el **primero del mes siguiente**.

Las personas que se determinen elegibles **el día 16 del mes o después** serán inscritas el **día primero del mes subsiguiente**.

El calendario a continuación muestra un ejemplo de fechas de cobertura para una persona que se determinaría elegible en el mes de octubre. Las fechas de cobertura reales variarán según el momento de la determinación.

OCTUBRE

S	M	T	W	T	F	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

NOVIEMBRE

S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

DICIEMBRE

S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

La fecha de inicio de Puente a OHP – BHP se basa en el día en que se **determina que la persona es elegible**, no en la fecha en que se presentó la solicitud. ¡La puntualidad puede ayudar!

Plazos de inscripción para los miembros de Puente a OHP – Medicaid Básico (BBM)

Nota: Los miembros de Puente a OHP - Medicaid Básico (BBM) no están obligados a inscribirse en un CCO, pero aún tienen la opción de hacerlo si lo desean.

Se permite la inscripción de Cobro por Servicios (FFS, por sus siglas en inglés) para los miembros de Puente a OHP - Medicaid Básico (BBM).

Las fechas de inicio de la cobertura y los plazos de inscripción en CCO para los miembros de Medicaid Básico siguen las mismas reglas que otros programas de OHP.



Plazos de inscripción de CCO cuando los miembros de Puente a OHP – Programa Básico de Salud (BHP) se mudan

IMPORTANTE:

- Cuando una persona que tiene BHP se muda a una nueva área de servicio, puede haber un periodo sin cobertura antes de que se asigne el nuevo CCO, pero un miembro de OHP inscrito en un CCO puede transferirse temporalmente a Pago por Servicio (FFS, por sus siglas en inglés).
- Para los que no son miembros de BHP o Medicaid Básico (BBM), esto no suele ser un problema porque pueden obtener acceso a servicios de salud bajo Tarjeta Abierta o Cobro por servicio (Fee for Service, FFS) durante el período sin cobertura, pero los miembros de BHP deben estar inscritos en una CCO para obtener acceso a la atención.

Lapsos en la inscripción de CCO cuando los miembros de Puente a OHP – Programa Básico de Salud (BHP) se mudan

En la mayoría de los casos, este lapso no afectará la cobertura de un miembro debido a un proceso manual de elegibilidad que utilizarán los trabajadores.

- Cuando hay un lapso de cobertura, el personal inscribirá retroactivamente a los miembros en el nuevo CCO, generalmente dentro en un día.
- Los lapsos de cobertura se producen principalmente en las regiones de CCO individuales.

Para solucionar cualquier problema después de una mudanza, como problemas con factura de servicios de atención durante el lapso o problemas urgentes de acceso a la atención, llame a Servicios al Cliente al 800-273-0557 en lugar de enviar un correo electrónico.

Informe a CSU sobre cambios de domicilio que requiera atención inmediata

Si un miembro de Puente a OHP – BHP anticipa que puede necesitar atención médica cerca de la área de transferencia del CCO, puede enviar un correo electrónico o llamar a la unidad de servicios al cliente con anticipación para acelerar la transferencia y ayudar a que se realice sin problemas:

1. Llame a CSU al 800-273-0557
2. Envíe un correo electrónico a Ask.OHP@odhsosha.oregon.gov y proporcione la siguiente información:
 - a. Línea de asunto - "Solicitud de inscripción en OHP Bridge-BHP"
 - b. En el cuerpo, incluya lo siguiente para cada persona:
 - Numero de Identificación de OHP del miembro
 - Fecha de nacimiento
 - CCO actual
 - Dirección de la nueva residencia física
 - CCO solicitado en nueva área (o indicar si no hay solicitud)
 - Indique si hay un problema de acceso a la atención.
 - Nombre (apellido/nombre)

Plazos de inscripción para los miembros de Puente a OHP – Programa de Salud Básica (BHP) continúen.

¿Preguntas?

- Por favor, comuníquese con tu Coordinador Regional de Alcance (ROC)
- O por correo electrónico: ohpbridge@oha.oregon.gov



Recursos:

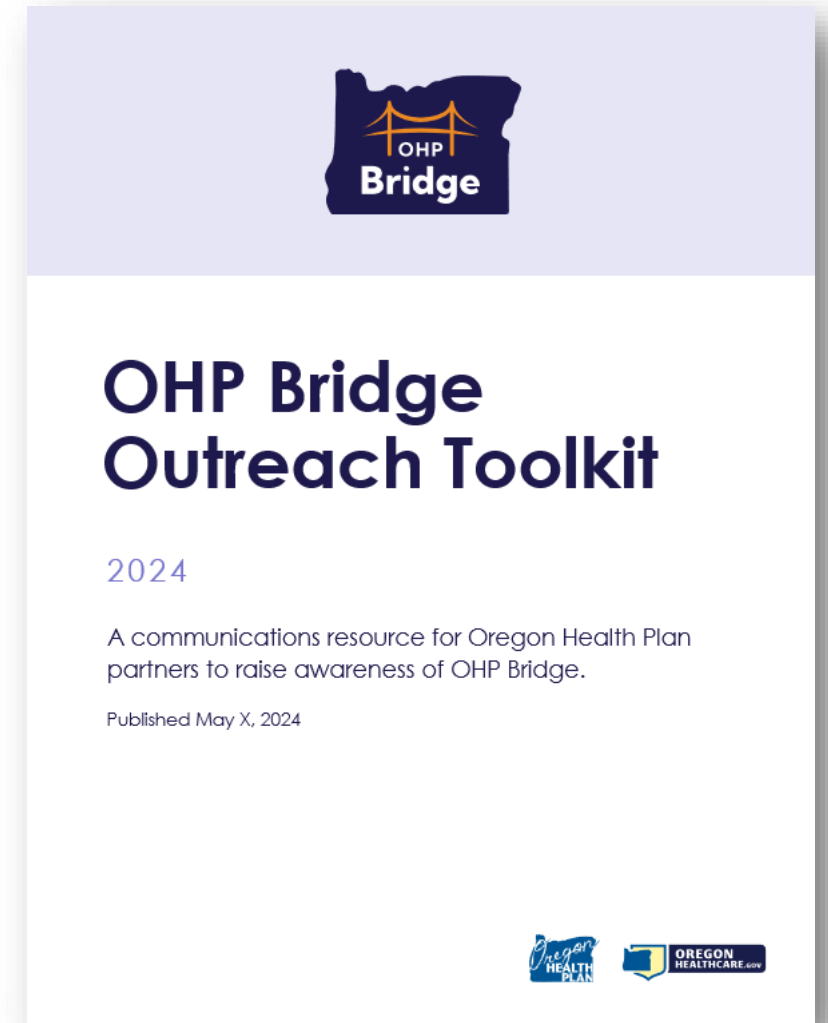
- Sitio web de Puente a OHP – ohp.Oregon.gov/Puente
- Pregunta frecuentes – <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/Bridge-FAQ-ES.pdf>
- Kit de herramientas de alcance – <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/Bridge-Outreach-Toolkit.pdf>

Capacitación para socios

- La capacitación para socios comunitarios sobre el programa Puente a OHP ha estado disponible **desde el 15 de mayo** a través de Trackstar en:
 - Inglés: orhim.info/BridgeTraining
 - Español: orhim.info/CapPuente
- Recomendamos que complete la capacitación.

Recursos Nuevos

- Ahora están disponibles una sección de **Preguntas frecuentes** y **Kit de herramientas de alcance** en la página web de Puente a OHP. ¡Pronto habrá más materiales disponibles!
 - Inglés: ohp.Oregon.gov/Bridge
 - Español: ohp.Oregon.gov/Puente
- Las Guías de ingresos del Programa de Alcance de Socios Comunitarios (Community Partner Outreach Program, CPOP, por sus siglas en inglés) fueron actualizadas y están disponibles en el servidor de formularios y Groupsite (9954d).



Respuesta a sus preguntas

Preguntas de asistentes/socios comunitarios

- Los asistentes y socios comunitarios pueden enviar preguntas al equipo de Puente a OHP en tres formas:
 - a través de su ROC del Programa de Alcance para Socios Comunitarios (CPOP);
 - por medio del correo electrónico de Puente a OHP (OHPBridge@oha.Oregon.gov);
 - [a través del formulario de registración de Actualizaciones de Salud de Oregon;](#)
 - en estas reuniones mensuales
- Las respuestas se brindarán durante el seminario web todos los meses.
- Las respuestas escritas se enviarán a la persona que hizo la pregunta después del seminario web

Pregunta: Servicios cubiertos

Pregunta:

Espero aclarar que todos los miembros de Puente a OHP tendrán cobertura médica.
¿O hay miembros de Puente a OHP con cobertura mental o dental solamente?

Respuesta:

Todos los miembros de Puente a OHP recibirán el mismo paquete de beneficios (BRG, por sus siglas en inglés) que incluye servicios médicos, de salud conductual y dentales.

Pregunta: Inscripción en CCO

Pregunta:

Con base en la información que hemos recopilado; teníamos la impresión de que los miembros permanecerían en un plan de una Organización de Atención Coordinada (CCO, por sus siglas en inglés) incluso con la indicación del Puente a OHP. Sin embargo, hemos tenido 2 miembros que se presentan como inactivos en los planes de su CCOs.

Respuesta:

Los miembros de Puente a OHP - Programa Básico de Salud (BHP) deben estar inscritos en un CCO para recibir cobertura. Los miembros de Puente a OHP - Medicaid Básico (BBM) pueden elegir entre cobertura con un CCO y Tarjeta Abierta (FFS, por sus siglas en inglés). Los miembros de BBM pueden estar en otros tipos de CCO distintos de CCOA y recibir algunos servicios a través de CCOs y otros a través de Tarjeta Abierta.

Pregunta: Inscripción en CCO

Pregunta:

Tuve una llamada de con un miembro que pregunto si estaba en BMP con tarjeta abierta debido a que su médico solicitó que estuviera con tarjeta abierta, pero ahora está en BHP y le gustaría saber si tendrá que ser asignada a un CCO. No pude encontrar la respuesta. ¿Podrías informarme?

Respuesta:

Sí, los miembros de Puente a OHP - Programa Básico de Salud (BHP) deben estar inscritos en un CCO para recibir los beneficios y serán asignados una CCO. Mientras estén en BHP, no es posible solicitar una tarjeta abierta para una exención de continuidad de la atención medica o salud física.

Pregunta: Elegibilidad para Puente a OHP

Pregunta:

¿Es esto solo para personas que están en un plan Marketplace? ¿Qué pasa si tienen cobertura a través de un empleador, pueden analizar los beneficios y el costo y determinar si se considera "asequible"? ¿O automáticamente no califican?

Respuesta:

OHP Bridge es para adultos con ingresos entre el 138 y el 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en ingles) que tienen un estatus migratorio calificado y que no tienen acceso a otra forma de cobertura de salud asequible. La cobertura de salud asequible incluye cosas como Medicare y el Seguro Patrocinado por el Empleador (ESI), utilizando el mismo estándar de asequibilidad del 8.39% de los ingresos que utiliza el Mercado. Hay preguntas incluidas en la solicitud ONE que evaluarán el acceso actual del solicitante a la cobertura y determinarán si alguno de los planes disponibles para ellos se considera asequible.

Pregunta: Comparaciones de límites de ingresos

Pregunta:

¿Tiene una comparación de los límites de ingresos de OHP y Puente a OHP?

Respuesta:

Puede encontrar una comparación de los límites de ingresos para OHP Plus y Puente a OHP en la página 4 de las [preguntas frecuentes de nuestro sitio web](#) bajo la pregunta: "¿Quién se beneficiará específicamente de Puente a OHP?"

Pregunta: LTSS y HRSN

Pregunta:

¿Puede explicar que Puente a OHP no cubrirá Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) o de clima o vivienda? ¿Qué se considera Servicios a Largo Plazo?

Respuesta:

Los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) cubren una amplia gama de servicios para las personas que necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades diarias de salud o cuidado personal, como bañarse y vestirse. Ejemplos de servicios incluyen cuidado en el hogar o colocación en un hogar de ancianos o en una residencia asistida. Puedes encontrar más información en este enlace:

<https://www.oregon.gov/odhs/aging-disability-services/pages/long-term-care.aspx>

Beneficios relacionados con el clima, alimentación y la vivienda se conocen Servicios de Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud (HRSN, por sus siglas en inglés). Los beneficios de HRSN y LTSS no están incluidos en el paquete de beneficios de Puente a OHP en este momento. Es posible que a medida que crezca el fondo fiduciario de BHP, en los próximos años el beneficio del Puente OHP se amplíe para incluir HRSN y LTSS.

<https://www.oregon.gov/oha/hsd/medicaid-policy/pages/hrsn.aspx>

Pregunta: Solicitud de OHP y Puente a OHP

Pregunta:

Si una persona solicita el OHP regular y es denegada, ¿se trasladará automáticamente a Programa Puente de OHP si cumple con los requisitos? ¿y qué pasa con esas solicitudes?

Respuesta:

Los solicitantes en el sistema ONE serán evaluados para varios programas, incluyendo OHP Plus y Puente a OHP. Por ejemplo, si un solicitante no es elegible para OHP Plus debido a sus ingresos, pero califica para Puente a OHP, será notificado de que será colocado en Puente a OHP. Los solicitantes que fueron denegados antes del 28 de junio de 2024, cuando se implementó el Programa Puente a OHP, deben volver a solicitar otra vez para ser considerados; no se revisarán las solicitudes anteriormente denegadas.

Pregunta: Acreditación y QIP

Pregunta:

Actualmente, nuestra clínica trabaja con planes OHP y tengo una pregunta sobre la posibilidad de acreditar a nuestros proveedores con su plan. ¿Podría proporcionar información sobre sus tarifas comparables y si Puente a OHP cuenta con un programa de pago de calidad?

Respuesta:

Los proveedores inscritos en sus Organizaciones de Atención Coordinada (CCO, por sus siglas en inglés) locales no deberían tener que hacer nada adicional para atender a los clientes inscritos en el programa de Puente a OHP. Puente a OHP requiere la inscripción a un CCO para la gran mayoría de los miembros. Los CCO con los que contrata pueden proporcionar sus tarifas para el programa.

Si "programa de pago de calidad" se refiere al Programa de Incentivos de Calidad de OHA que proporciona pagos de incentivos adicionales financiados por Medicaid a los CCO cuando cumplen con ciertos puntos de desempeño, no; No existe una versión de este programa para Puente a OHP.

Pregunta: Facturación

Pregunta:

¿Hay alguna guía de facturación disponible de OHA sobre este nuevo plan de Puente a OHP? Específicamente, ¿los servicios prestados a los miembros del plan puente deben facturarse como tarifa por servicio o con nuestra tarifa de encuentro FQHC? Además, ¿los servicios prestados a los miembros del plan puente califican para los informes de pagos suplementarios de Medicaid? Se agradecería que se dispusiera de un documento oficial.

Respuesta:

El Programa de Puente a OHP tiene dos subprogramas que administran el mismo beneficio (BRG), Puente a OHP - Programa Básico de Salud (BHP) cubrirá a la mayoría de los miembros de Puente a OHP y no se puede administrar a través de cobro por servicio (FFS, por sus siglas en inglés) (con la excepción de algunas exclusiones como los medicamentos 7/11 y los servicios de aborto). Puente a OHP - Medicaid Básico (BBM) se puede administrar tanto usando FFS como a través de CCO. Póngase en contacto con su CCO para obtener instrucciones de facturación específicas.

Pregunta:

Pregunta:

¿El Plan Puente también incluye los mismos beneficios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) que los planes de OHP Plus normales si el miembro está inscrito en un CCO con cobertura médica/dental?

Respuesta:

Sí, EPSDT estaría disponible para los miembros de OHP Bridge que tengan entre 19 y 20 años.

Pregunta: Activos (Bienes) y Puente a OHP

Pregunta:

¿Existe un límite de recursos financieros para individuos/familias, como el límite de \$2,000 en la cuenta de ahorros para OHP? Además de los límites de ingresos, ¿hay otras razones por las que alguien podría ser rechazada la cobertura? ¿Es retroactiva la cobertura, por ejemplo, si solicitamos cobertura a partir de una fecha específica debido al fin de la cobertura del empleador? ¿Cuánto tiempo lleva el proceso de determinación? ¿Cuáles son los costos y incluye medicamentos recetados la cobertura?

Respuesta: Activos (Bienes) y Puente a OHP

Respuesta:

El programa de Puente a OHP no tiene en cuenta los recursos, incluidos los saldos de las cuentas de ahorros, al evaluar la elegibilidad de ingresos. Los límites de recursos no se aplican a los programas OHP donde la elegibilidad se basa principalmente en los ingresos; Estos se aplican principalmente a los programas basados en la edad y la discapacidad. Otras razones por las que a alguien se le podría negar es si está recibiendo Medicare, tiene más de 65 años o tiene acceso o está inscrito en una cobertura asequible patrocinada por el empleador.

BHP no tiene una opción de cobertura retroactiva debido a las regulaciones federales, sin embargo, los miembros de Puente a OHP - Medicaid Básico (BBM) pueden recibir cobertura hasta tres meses antes de su fecha de vigencia, pero no podrán cubrir los servicios recibidos antes del 1 de julio de 2024. Las determinaciones siguen el mismo plazo de procesamiento de hasta 45 días que otras solicitudes, luego se asigna la fecha de inicio de la cobertura en función de cuándo ocurre la determinación. No hay ningún costo para los miembros, y Puente a OHP cubre los medicamentos recetados.

Pregunta: Aprobaciones de beneficios en MMIS

Pregunta:

Si alguien califica para Puente a OHP, ¿aparecerá en el Sistema de información de Administración de Medicaid (MMIS, por sus siglas en inglés) antes de su fecha de inicio? ¿O solo a partir del primer día de su cobertura?

Respuesta:

Para el personal del estado, fecha de inicio futura el programa Puente a OHP sera visible. Pero los proveedores y asistentes no pueden ver las fechas de cobertura futuras en MMIS; solo podrán verlo a partir del primer día de cobertura.

Pregunta: Puente a OHP y COBRA

Pregunta:

¿Cómo funciona el Programa Puente a OHP con COBRA? Puedes inscribirte en COBRA o en un Plan del Mercado durante un período de inscripción especial o de inscripción abierta. Si un miembro inscrito en COBRA está dentro de los 60 días desde que terminó su cobertura anterior o es durante el período de inscripción abierta, puede inscribirse en el Mercado. Dado que Puente a OHP no requiere períodos de inscripción especial o de inscripción abierta para inscribirse, ¿tendría que esperar hasta que termine su cobertura COBRA para presentar una solicitud a Puente a OHP?

Respuesta:

La cobertura COBRA no afecta la elegibilidad para el Programa Puente a OHP. Las personas pueden ser elegibles para el Programa Puente a OHP incluso con cobertura COBRA activa. Para evitar una interrupción en la cobertura, se recomienda esperar hasta que se confirme la elegibilidad para el Programa Puente a OHP y comience la cobertura antes de cancelar COBRA.

Pregunta: Puente a OHP y el tamaño del hogar

Pregunta:

El Mercado no cuenta a un bebé que no ha nacido en el tamaño del hogar a menos que esté evaluando a los padres para Medicaid. ¿Son contados los bebés que no han nacido en el tamaño del hogar para el programa Puente a OHP - Programa de Salud Básica (BHP) o de Medicaid Básico (BBM)?

Respuesta:

El embarazo aumenta el tamaño de la familia de un miembro para Medicaid y Puente a OHP - Medicaid Básico (BBM), pero no para BHP. Debido a esto, los límites de ingresos de Medicaid son más altos que el límite de BHP cuando alguien queda embarazada. Las personas embarazadas solo permanecerían en Puente a OHP si están inscritas en BBM con ingresos de 190-205% FPL*, o si han reportado un cambio de ingresos que las lleva por encima del límite más alto de OHP por embarazo, en cuyo caso mantienen la cobertura por el resto de su período de cobertura de 12 meses.

Pregunta: Proceso de renovación del Puente a OHP

Pregunta:

¿El proceso de renovación para el programa de Puente a OHP será similar al de OHP, donde las personas tendrán la oportunidad de revisar su caso antes de ser terminados del programa si anteriormente habían hecho cambios que los pondrían por encima del límite de ingresos? Tuve una familia que estaba inscrita en el programa de Adultos Expandido basado en sus ingresos mensuales que se les negó el Medicaid Básico por sus ingresos anuales de 2023 sin preguntarles sobre los ingresos de 2024 para determinar su elegibilidad.

Respuesta:

Sí. Durante las renovaciones, los miembros deberían recibir un período para responder a la solicitud de renovación antes de ser terminados del programa basado en sus ingresos. La transición del programa de Adultos Expandido al programa de Puente a OHP no fue una acción de renovación, y puede que no se haya requerido una respuesta. Si los ingresos en los que se basó la decisión de elegibilidad eran incorrectos, reporte ese cambio o vuelva a presentar una solicitud para ser considerado para el programa de Puente a OHP en el futuro.

Pregunta: Elegibilidad continua

Pregunta:

Si una persona aprobada para Puente a OHP informa un cambio de trabajo a mitad de año que ofrece cobertura de salud asequible, ¿seguirá teniendo Elegibilidad Continua por 12 meses o se terminará su cobertura?

Respuesta:

Puente a OHP - Programa de Salud Básica (BHP) ofrece cobertura por 12 meses protegidos si los ingresos cambian, en lugar de protecciones de elegibilidad continua completas, pero puede terminar si la persona se inscribe o se le ofrece cobertura de salud asequible. El Puente OHP - Medicaid Básico (BBM) ofrece 2 años de elegibilidad continua, aunque la cobertura puede terminar si la persona se inscribe en una cobertura asequible ofrecida por su trabajo, pero no si solo se le ofrece y no se inscribe.

Pregunta: Patrocinio y Puente a OHP

Pregunta:

¿Puente a OHP es Medicaid? ¿Se considera el Puente a OHP un beneficio público federal basado en ingresos, donde OHP buscará el reembolso del patrocinador del solicitante si la persona que solicita tiene una Declaración Jurada de Apoyo ejecutable (Formulario I-864)? Si un solicitante es elegible para el Puente OHP, ¿perderá su subsidio del mercado?

Respuesta:

A pesar de los beneficios son similares, Puente a OHP - Programa de Salud Básico (BHP) no es técnicamente Medicaid para este propósito. Los únicos cinco beneficios públicos basados en ingresos son: el Ingreso de Seguridad Suplementario, los Beneficios en Efectivo (TANF, por sus siglas en ingles), Medicaid y CHIP.

El Puente a OHP sigue las mismas normas que los créditos de impuestos del mercado, que no se cuentan como apoyo exigible. Alguien que es elegible para Puente a OHP ya no sería elegible para un subsidio del mercado; una vez inscritas en Puente a OHP, las personas anteriormente inscritas en un plan del Mercado deben cancelar su cobertura anterior.

Pregunta: Solicitud de Puente a OHP

Pregunta:

¿Cómo solicito Puente a OHP?

Respuesta:

La mejor manera de solicitar es con la ayuda de un socio comunitario, que puede encontrar en cuidadodesalud.oregon.gov/encontrar-ayuda. También puede solicitar en el sitio web ONE.Oregon.gov, donde encontrará mas información sobre cómo solicitar en persona, obtener ayuda o conseguir una solicitud en papel. Alternativamente, puede solicitar por teléfono al 1-800-699-9075 (se aceptan llamadas de retransmisión y hay asistencia disponible en muchos idiomas).

Pregunta: Cobertura para los residentes de Washington

Pregunta:

¿Hay una cobertura como esta para los residentes de Washington?

Respuesta:

No, este programa es exclusivo a Oregon. Solo Minnesota y Nueva York tienen programas similares. Los residentes de Washington pueden encontrar las opciones de cobertura disponibles para ellos en www.wahealthplanfinder.org

Pregunta:

Soy una enfermera a domicilio que trabaja con familias de bajos ingresos. Tengo una cliente que está empleada tiempo completo y recibe seguro médico a través de su trabajo, pero la cobertura del seguro no es adecuada y la deja con muchos gastos. Tiene una deuda médica por los costos de su atención prenatal y el parto, y esta deuda le impide acceder a la atención médica y de salud mental continua que necesita actualmente. Cuando hemos intentado solicitar OHP en el pasado, ella ha estado justo por encima de los ingresos.

¿Es candidata para solicitar Puente a OHP? Las preguntas frecuentes indican que es para las personas que no tienen acceso a un seguro asequible, y creo que esa es su situación.

Respuesta:

La mejor manera de saberlo es solicitándolo. Si su cobertura no se considera asequible (cuesta más del 8.39% de los ingresos brutos) o no cumple con los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para Puente a OHP. Si su otra cobertura cumple con esos estándares de asequibilidad y valor, no sería elegible para Puente a OHP.

Espacio para conversar

Próximas reuniones:

- Seminario web de septiembre en español:
 - 26 de septiembre a las 2:00 p.m. Hora del Pacífico
- Página web de Actualizaciones de Salud de Oregon (Office Hours, en inglés) : <https://www.oregon.gov/oha/PHE/Pages/Office-Hours.aspx>
- Enlace para registrarse para los próximos seminarios web
 - Septiembre y octubre: [aquí](#)
 - Noviembre y diciembre: [aquí](#)

Gracias

Oregon
Health
Authority
