

**Tarjeta Abierta  
del OHP**



**Manual de  
beneficios para  
miembros**



**2024**



**OREGON  
HEALTH  
AUTHORITY**



# Índice



## **1. Acerca de la de Tarjeta Abierta OHP** página 5

- › Bienvenido a la Tarjeta Abierta de OHP . . . . 6
- › Traducción, interpretación, letra grande, Braille u otro formato . . . . . 7
- › Su tarjeta de miembro. . . . . 8
- › Sus beneficios . . . . . 11
- › Inscripción en la CCO . . . . . 12
- › OHP y otra cobertura de salud. . . . . 14
- › Pago de servicios y facturas . . . . . 15



## **2. Sus beneficios** página 16

- › Atención primaria . . . . . 17
- › Atención hospitalaria. . . . . 17
- › Salud de ojos . . . . . 18
- › Salud dental . . . . . 19
- › Salud mental. . . . . 22
- › Adultos jóvenes con necesidades de salud especia. . . . . 22
- › Servicios integrales para niños y familias . 23
- › Aprobación previa para servicios y medicamentos . . . . . 24
- › Medicamentos . . . . . 26
- › Servicios sociales relacionados con la salud. 28



## **3. Atención para menores** página 30

- › Servicios de WIC . . . . . 31
- › Cobertura para menores de 21 años de edad. . . . . 31
- › Más información . . . . . 34



## **4. Emergencias** página 35

- › Salud física . . . . . 36
- › Salud mental. . . . . 36
- › Salud dental . . . . . 37
- › Emergencias fuera del estado . . . . . 37



# Índice



**5. Cuidado a miembros Indígenas Americanos / Nativos de Alaska** página 38



**6. Ayuda** página 40

- › Póngase en contacto con nosotros . . . . . 41
- › Coordinación de cuidados . . . . . 42
- › Transporte para sus citas . . . . . 42



**7. Sus derechos** página 44

- › Registros de atención médica . . . . . 45
- › Decidir sobre su atención médica . . . . . 45
- › Qué hacer si se le niegan un beneficio . . . 46
- › Derechos civiles y política de no discriminación . . . . . 48
- › Cómo reportar discriminación . . . . . 49
- › Cómo reportar fraude . . . . . 50



**8. Sus responsabilidades** página 51



**9. Definición de palabras** página 54



**10. Información adicional** página 59

- › Más información acerca del transporte a sus citas . . . . . 60
- › Solicitud de Audiencia administrativa . . . . 65
- › Solicitud para revisar una decisión de atención médica . . . . . 66

## Acerca de su cobertura de atención médica

La *Oregon Health Authority* (OHA o Autoridad de Salud de Oregon) es la agencia del estado responsable de dar acceso al cuidado de salud para las personas en Oregon.

OHA administra el *Oregon Health Plan* (OHP o Plan de Salud de Oregon), el cual paga por los servicios de salud de las personas.

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 en un CCO. Muy pocas veces los miembros se quedan en la Tarjeta Abierta.

Los miembros deben ir a la Tarjeta Abierta del OHP o con su CCO para recibir servicios ([página 13](#)). La Tarjeta Abierta y cada CCO tienen una lista de proveedores aceptados. Si va con un proveedor fuera de la red, sus servicios pueden ser negados o no pagados.

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

Si desea más información sobre las CCO, visite [oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/coordinated-care-organizations.aspx](http://oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/coordinated-care-organizations.aspx).

También encontrará más definiciones de palabras en la [página 68](#) de este manual.

Para obtener un resumen de los beneficios y su cobertura del OHP, visite [OHP.Oregon.gov/Benefits](http://OHP.Oregon.gov/Benefits). Puede obtener una copia impresa o electrónica del resumen llamando al **800-273-0057**.

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

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



# 1. Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP

---

- 6 [Bienvenido a la Tarjeta Abierta](#)
- 7 [Traducción, interpretación, letra grande, Braille u otro formato](#)
- 8 [Su tarjeta de miembro](#)
- 11 [Sus beneficios](#)
- 12 [Inscripción en la CCO](#)
- 14 [OHP y otra cobertura de salud](#)
- 15 [Pago de servicios y facturas](#)



# ¡Bienvenido a la Tarjeta Abierta del OHP!

Estimado miembro:

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

También obtenga información sobre:

- Qué hacer cuando necesite atención de emergencia (página 41)
- Servicios de salud para niños y menores de 21 años (página 35)
- Cómo programar transporte para sus citas (página 51)

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



Si necesita ayuda con este manual o con su OHP en general, puede pedir asistencia a un experto. Encuentre ayuda en [OregonHealthCare.gov/GetHelp](https://OregonHealthCare.gov/GetHelp) o llame al Servicio al Cliente al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión) 8 A.M. a 5 P.M. de lunes a viernes.

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



# Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP



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

La 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 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 OHP ofrecen ayuda gratuita para sus necesidades de comunicación. Si necesita ayuda, hable con su médico y llame al Servicio al Cliente al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión).

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

De igual forma, 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 tiene derecho a un intérprete certificado en el idioma que desee o un intérprete de lengua de señas, **gratis**.

- › Informe en el idioma de su preferencia cuando esté en consultorio
- › Cuando haga una cita, explíqueles cuáles son sus necesidades y pídale que pongan una nota en su registro médico para todas sus citas en el futuro

Para confirmar que su intérprete está calificado y/o certificado en Oregon visite [hciregistry.dhsoha.state.or.us](https://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**. También puede presentar una queja por discriminación al correo electrónico a [OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov](mailto:OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov) o llamando al **844-882-7889**.



# Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP



## Su tarjeta de miembro

Esto es un ejemplo de su tarjeta de miembro:

<b>Oregon Health ID</b>	
Jane Doe	→ Nombre
Client ID #: XX1235XX	→ Número de identificación
Date card issued: 08/01/2017	→ Fecha de emisión de la tarjeta
<b>Members – Visit <a href="https://www.oregon.gov">OHP.Oregon.gov</a></b> to learn about your coverage and how to report income, address and other household changes online. For questions, call 800-273-0557.	<b>Miembros</b> — Visiten <a href="https://www.oregon.gov">OHP.Oregon.gov</a> para conocer acerca de su cobertura y cómo reportar cambios de ingresos, dirección y otros. Para preguntas, llame al <b>800-273-0557</b> .
<b>Providers</b> – This card does not guarantee coverage. Verify coverage, enrollment and more at <a href="https://www.or-medicaid.gov">https://www.or-medicaid.gov</a> .	<b>Proveedores</b> — Esta tarjeta no garantiza cobertura. Para verificar cobertura e inscripción, visite <a href="https://www.or-medicaid.gov">www.or-medicaid.gov</a> .

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

Necesitará su tarjeta de miembro para:

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





# Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP

5503 XX#### XX P2 SP AT

**¡Guarde esta carta!**

La presente carta explica sus beneficios del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan - OHP).

Esta carta es sólo para su información. No necesita llevarla consigo a sus citas de atención de salud.

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

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

Nombre de la Sucursal y División: OHP/CAF  
ID del Trabajador y Teléfono: XX/503-555-5555

JOHN DOE  
123 MAIN ST  
HOMETOWN OR 97000

Bienvenido al Plan de Salud de Oregon (OHP). Ésta es su **nueva carta de cobertura**.

La presente carta lista la información de cobertura para su hogar. Esta carta no garantiza que seguirá cumpliendo los requisitos para los servicios. Esta carta no invalida los avisos de decisiones que su trabajador(a) le envíe.

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

La hoja amarilla adjunta lista los servicios cubiertos para cada paquete de beneficios y números telefónicos útiles.

A continuación hemos listado la razón por la que se le envía esta carta. La fecha en que la información de esta carta entra en vigor está listada junto a su nombre.

**Razones 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

## Las cartas de cobertura indican sus beneficios

Recibirá una carta de cobertura de 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**.

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

Es posible que 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 tiene y de cualquier cambio.** Para conocer más sobre OHP y otra cobertura de salud vaya a la página 1.



# Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP

Al final de la carta verá la oración: **Razones de la carta circulada** en rojo. Esta explicación suele estar escrita 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 incluidas 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 cambió 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 se corrigió a:
These clients were added to this case. ID cards are included:	Estos clientes se agregaron a este caso. Se incluyen tarjetas de identificación:
These clients were removed from this case:	Estos clientes se eliminaron de este caso:
This coverage letter and Medical ID cards are for:	Esta carta de cobertura y tarjetas de identificación médica son para:



## Sus beneficios

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

- › **Oregon Health Plan (Plan de Salud de Oregon)** El programa de asistencia médica de Oregon le ayuda a tener atención médica cuando de otra forma no podrían pagarlo. Este programa también se conoce como Medicaid. OHP da cobertura médica completa, oculista, dental, mental y de farmacia. Al principio, quienes 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.
- › **OHP con Medicamentos Limitados:** Para personas que son elegibles tanto para OHP como para Medicare Parte D, este programa cubre medicamentos que no están cubiertos por Medicare Parte D. También, tiene los mismos beneficios.
- › **Sólo primas de la Parte B de Medicare:** Para los miembros que cumplan los requisitos, existen dos programas de Ahorro Medicare que pagarán su prima de la Parte B de Medicare, pero no proporcionan cobertura sanitaria ni pagan ningún otro gasto de bolsillo de Medicare.
- › **Programa Beneficiario Calificado de Medicare:** Este programa de ahorros ayuda a pagar los gastos de su bolsillo servicios cubiertos por Medicare, incluyendo primas Medicare Parte A y Parte B, deducibles y co-aseguros. Verifique estos recursos para más información dirigida a adultos mayores y personas con discapacidad: [oregon.gov/odhs](https://oregon.gov/odhs)
- › **OHP y Programa de Ahorro de Medicare (Medicare Savings Program):** Esta es una combinación de beneficios que pueden tener algunos beneficiarios de Medicare. Significa que se pagará la prima de la Parte B de Medicare del miembro y que se facturarán al OHP los servicios médicos y hospitalarios después de Medicare. El OHP también cubrirá servicios de salud dental y salud dental.



## Para obtener más ayuda:

### Servicio al cliente del OHP

- › Si le llega un cobro o factura.
- › Si necesita 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** de 8 A.M. a 5 P.M. de lunes a viernes

Formulario de solicitud en línea:

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

### Servicio al cliente de elegibilidad ONE

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

Llame al **800-699-9075** de 7 A.M. a 6 P.M. de lunes a viernes [one.oregon.gov](https://one.oregon.gov)

### Coordinación de cuidados

- › Si no está inscrito en una CCO y necesita encontrar a un proveedor que acepte la Tarjeta Abierta del OHP.

Llame al **800-562-4620** de 8 A.M. hasta las 5 P.M. de lunes a viernes o visite [ohpcc.acentra.com](https://ohpcc.acentra.com)



## Para obtener más ayuda:

### Línea de consulta con un profesional de enfermería

- › Si necesita asesoría de personal de enfermería.

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

### Ayuda local

Si desea ayuda gratis de un socio de la comunidad visite: [oregonhealthcare.gov/gethelp](https://oregonhealthcare.gov/gethelp)

### 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 contiene 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, llame al Servicio al cliente del OHP al **800-273-0557**.



## Inscripción en la CCO

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

- › salud física y mental
- › únicamente para salud mental
- › únicamente para salud dental o
- › salud dental y mental

Si está inscrito en una CCO para un tipo de servicio, ellos pagarán y coordinarán la 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 cuando reciba estos servicios.



# Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP

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
<b>Sin Cobertura CCO</b>	Tarjeta Abierta	Tarjeta Abierta	Tarjeta Abierta
<b>CCOA (todos los beneficios a través de CCO)</b>	CCO	CCO	CCO
<b>CCOB</b>	CCO	Tarjeta Abierta	CCO
<b>CCOE</b>	Tarjeta Abierta	Tarjeta Abierta	CCO
<b>CCOF</b>	Tarjeta Abierta	CCO	Tarjeta Abierta
<b>CCOG</b>	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** solo obtienen atención de salud mental a través de una CCO
- › **CCOF** solo 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 OHP



## OHP y otra cobertura de salud

Además de OHP, algunas personas tienen otra cobertura de salud a través de un empleador o Medicare. Cuando usted tiene otra cobertura de salud, esa es la que paga primero y OHP cubre el resto. En este caso, al seguro privado se le llama: “cobertura primaria”; y al OHP se le conoce como “cobertura secundaria”.

Aprenda más sobre OHP y otra cobertura de salud visitando: [www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/insurance.aspx](http://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/insurance.aspx)

## Cómo utilizar su Tarjeta Abierta del OHP con otras coberturas:

- › Déjenos saber de cambios en su otro seguro
- › Cuando reciba servicios médicos, muestre ambas tarjetas
- › Su proveedor tendrá que aceptar ambos tipos de cobertura para cubrir toda su factura.

## Déjele saber a OHP sobre cualquier cambio en su cobertura

- › Tiene 30 días para reportar cualquier cambio a su cobertura de salud (excepto Medicare). De no reportar cambios puede problemas con el pago de sus facturas médicas.
- › El OHP llama a las otras coberturas médicas *Third Party Resource* o TPR (Recurso de Terceros) o *Third Party Liability TPL* (Responsabilidad de Terceros).
- › Si sabemos de su otro seguro, se incluirá en el recuadro titulado Managed Care/TPR Enrollment (Atención Administrada/Inscripción TPR en la página 2 de su carta de cobertura o en su cuenta de ONE. Si no la ve ahí, avise al OHP.
- › Para reportar cambios de cobertura, visite [ReportTPL.org](http://ReportTPL.org), utilice su cuenta en línea en [one.oregon.gov](http://one.oregon.gov) o contacte al de Servicio al Cliente o su oficina local.

## Cómo encontrar un proveedor que acepte la Tarjeta Abierta:

1. Llame a su compañía de seguros privada o utilice la herramienta de búsqueda de proveedores.
2. Llame al proveedor y pregúntele si acepta la Tarjeta Abierta del OHP. También puede usar la herramienta de búsqueda de proveedores del OHP: [ohpcc.acentra.com/member](http://ohpcc.acentra.com/member) o llamando a la Coordinación de Atención de la Tarjeta Abierta al 800-562-4620, de 8 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes o visite [ohpcc.acentra.com](http://ohpcc.acentra.com)
3. Si su proveedor no acepta la Tarjeta Abierta y usted quiere verlo de todos modos, es posible que le pida que firme un acuerdo para pagar los servicios si el OHP no puede hacerlo. Más información: [www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/member-bills.aspx](http://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/member-bills.aspx)
4. Si su farmacia acepta su seguro privado pero no el OHP, dígaselo a su compañía de seguros. Según la ley estatal, ellos deben trabajar con farmacias que también facturen al OHP.

## ¿Qué pasa si recibo una factura?

1. ¡No la pague todavía! Primero, asegúrese de que sus proveedores sepan cómo facturar al OHP y a su otro seguro.
2. Si firmó un acuerdo para pagar por servicios que el OHP no cubre, tiene que pagar la factura. Sus proveedores le dirán si los servicios el OHP cubre los servicios antes de dárselos.
3. Llame a su proveedor para asegurarse de que tiene la información de todos sus seguros médicos. Pregunte si han facturado tanto al OHP como al seguro privado.
4. Si se facturó al OHP y a su otro seguro, llame a Servicios al Cliente del OHP al 800-273-0557 y envíe copia de la factura al OHP y a su compañía de seguros.



# Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP

5. Es posible que también tenga que comunicarse con su compañía de seguros para pedir ayuda.
6. Si su compañía de seguros o la OHP dicen que usted debe pagar la factura, puede pedir una apelación o una audiencia. Obtenga más información sobre apelaciones y audiencias en: [www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/appeals-hearings.aspx](http://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/appeals-hearings.aspx).
7. Para más información, vea la sección “Pago de servicios y facturas” en esta página o visite [www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/member-bills.aspx](http://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/member-bills.aspx).

## ¿Puedo obtener ayuda para pagar mi otro seguro médico?

1. Pagar otro seguro se llama pagar una prima. En ocasiones, el *Oregon Health Insurance Premium Payment Program* (HIPP) puede ayudarle a pagar las primas de su seguro médico privado.
2. Si cumple con los requisitos, el Estado le enviará cada mes un cheque de reembolso.
3. Conozca más en: [www.oregon.gov/odhs/financial-recovery/Pages/hipp.aspx](http://www.oregon.gov/odhs/financial-recovery/Pages/hipp.aspx)



## Pago de servicios y facturas

Todos los servicios cubiertos por el OHP son gratuitos para los miembros de la Tarjeta Abierta de OHP. Antes de darle servicio, su proveedor le dirá cuáles son los que cubre la Tarjeta Abierta del OHP.

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

A menos que firme el 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**.



## 2. Sus beneficios

---

- 17 [Atención primaria](#)
- 17 [Atención hospitalaria](#)
- 18 [Salud de ojos](#)
- 19 [Salud dental](#)
- 22 [Salud mental](#)
- 22 [Adultos jóvenes con necesidades de salud especiales](#)
- 23 [Servicios integrales para niños y familias](#)
- 24 [Aprobación previa para servicios y medicina](#)
- 26 [Medicamentos](#)
- 28 [Servicios sociales relacionados con la salud](#)





# Sus beneficios



## Atención primaria

Las personas que ofrecen servicios de salud son su médico de familia, profesionales de enfermería, asistentes de médicos y naturistas a quienes acude para sus chequeos anuales, llama cuando está enfermo. Ellos también pueden ayudarle a obtener tratamientos y servicios, o referirle con un especialista.

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

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

Pregúntele a su proveedor de servicios de salud si acepta la Tarjeta Abierta del OHP.



## Para más información

Llame a Coordinación de cuidados al **800-562-4620**, de lunes a viernes de 8 A.M. a 5 P.M. para encontrar a un proveedor de atención primaria y para aprender a hacer una cita. También puede encontrar en línea a un proveedor cerca de usted en [ohpcc.acentra.com](http://ohpcc.acentra.com)



## Atención hospitalaria

La atención hospitalaria y servicios incluye:

- › 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

Las personas que tienen la Tarjeta Abierta no necesitan **aprobación previa** para atención hospitalaria de emergencia. Los servicios en la sala de Urgencias a pacientes hospitalizados y de atención de emergencias están cubiertos **Algunas cirugías programadas y trasplantes requieren aprobación previa.**



## Sus beneficios



### Definición de palabras

**Atención primaria:** El médico que cuida de su salud (PCP, por sus siglas en inglés). Es la primera persona a la que usted llama cuando tiene problemas de salud o necesita atención. Su PCP es el médico de familia, un profesional de enfermería o asistente médico o algunas veces, un naturista.

**Aprobación previa:** A veces la persona que le ofrece servicios de salud envía información al OHP antes de que la Tarjeta Abierta del OHP pague por sus servicios o medicamentos. OHP revisa la información y después responde diciendo si su plan pagará o no. A este proceso se le llama aprobación previa.

**Tarjeta Abierta:** Atención médica cubierta por la OHA. Cuando usted no está inscrito en una CCO, 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.



### Salud los 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 de cataratas, OHP cubrirá los anteojos o lentes de contacto. Su proveedor puede averiguar si 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 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:
  - › 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) solo se cubren si el miembro es menor de 20 años de edad, si hay embarazo, si dio a luz en los últimos 12 meses o si tiene una enfermedad de los ojos que califique. Su proveedor puede averiguar si usted es elegible para lentes de graduación si tiene una enfermedad de los ojos que califique.



La Tarjeta Abierta debe aprobar otros servicios de oculista.



## Sus beneficios

**Si usted tiene** la Tarjeta Abierta OHP Plus esta cubre exámenes rutinarios, para cualquier enfermedad de los ojos de la siguiente forma:

- › Una vez cada 24 meses para miembros mayores de 21 años con paquete de beneficio de la Tarjeta Abierta OHP Plus que cubre médico, dental, salud mental y farmacia.
- › Cuando lo ordene la persona que le provee servicios de salud o especialista para miembros de la Tarjeta Abierta OHP Plus OHP que sean menores de 21 años.



### Salud Dental

Su dentista de atención primaria es el dentista que cuida de sus dientes y encías. Prestan servicios como:

- › Necesidades dentales urgentes y de emergencia
- › Limpiezas, radiografías, exámenes
- › Aplicación de barniz de flúor
- › Empastes
- › Extracciones
- › Coronas
- › Endodoncias
- › Prótesis dentales
- › Aparatos de ortodoncia o bracers (a partir de 20 años; en casos como labio leporino, paladar hendido y cuando la mandíbula del afiliado está desalineada y los dientes no están alineados con la boca cerrada).
- › Se pueden cubrir servicios adicionales para menores de 20 años.
- › Si le refieren a un especialista dental, su dentista de atención primaria le dirá a quién debe llamar para hacer una cita.



### Para obtener ayuda o más información

Llame 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 por un profesional médico bajo circunstancias que implican poco o ningún riesgo de provocarle lesiones al paciente. Ejemplos: exámenes físicos, extracción de sangre y vacunas contra influenza.



## Sus beneficios



### Para obtener ayuda o más información

- › Llame al **800-562-4620** para encontrar un dentista o cambiar de consultorio dental
- › Visite: [oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/benefits-faq.aspx](https://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 al suyo, llame al **800-562-4620**.
- › Si tiene una emergencia dental (tal como una hemorragia) vaya a la sala de Urgencias de un hospital o llame al **911**.



### Definición de palabras

- › **Emergencias de salud dental:** Se refiere a 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 servicio de atención médica. Por ejemplo, doctores, dentistas o terapeutas.
- › **Referido:** 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 durante el embarazo y luego de 12 meses 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:



- › Citas más rápidas para exámenes y tratamientos
- › Limpiezas adicionales
- › Aplicaciones adicionales de barniz de flúor
- › Coronas para dientes frontales
- › Póngase en contacto con su clínica dental para obtener más información.



# Sus beneficios

Cobertura dental para personas que no califican para el OHP completo:

## **Compact Free Association Dental (COFA, por sus siglas en inglés, también conocido como Pacto de Libre Asociación)**

COFA Dental es para personas con residencia legal en los Estados Unidos, de acuerdo con convenios con los gobiernos de los Estados Federados de Micronesia, la República de las Islas Marshall y la República de Palau.

## **Programa Dental para Veteranos**

El Programa Dental para Veteranos está destinado a las personas que califican, como ingresos y verificación de baja honorable del servicio militar activo.



## Para obtener ayuda o más información

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



## Definición de palabras

- › **Servicios de emergencia:** Atención que se recibe durante una crisis médica. Estos servicios pueden ayudarle a sentirse mejor cuando tiene una enfermedad grave.
- › **Servicios proporcionados por compañeros:** Son personas que utilizan su experiencia vivida (adicciones, condición de salud mental, miembro familiar de un individuo con enfermedad mental) y proporcionan una guía y apoyo a un menor 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 especiales de salud física o mental.
- › **Tratamiento residencial:** Es un programa de atención médica en el que los jóvenes o adultos se quedan en una instalación durante 24 horas para recibir terapia, apoyo y atención a problemas tales como uso de sustancias. Algunos centros permiten que los padres lleven a sus hijos. Llame a la Coordinación de Atención al **800-562-4620** para saber cuáles son los programas de tratamiento.



# Sus beneficios



## Para obtener ayuda o más información

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

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



## Salud mental

La atención de salud mental incluye terapia, consejería individual, tratamiento de condiciones 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 son asignados para ayudarle 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 por uso de sustancias** incluye servicios si 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
- › 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



## Adultos jóvenes con necesidades de salud especiales:

A partir del 1 de enero de 2025, el OHP ofrecerá beneficios a ciertos adultos jóvenes bajo una nueva categoría de calificación del Medicaid: **Adultos jóvenes con necesidades de salud especiales** (*Young Adults with Special Health Care Needs (YSHCN, oYSHCN)*).

### ¿Por qué ocurre esto?

- › En Oregon, uno de cada cinco niños menores de 18 años tiene una necesidad de salud especial.
- › Más del 80 por ciento de las personas que pueden calificar para el YSHCN no tienen acceso a la atención que necesitan.
- › A veces, las personas que califican para YSHCN necesitan más servicios sociales de salud y relacionados con la salud que otras personas de la misma edad.



## Sus beneficios

- › Brindar un seguro de salud sin costo los ayuda a obtener la atención que necesitan durante el proceso de transición de joven a adulto.

### Requisitos para YSHCN

- › Tener 19 o 20 años en 2025
- › Padecer o estar en riesgo de padecer una de las siguientes condiciones de salud antes de los 19 años:
  - › Discapacidad física, intelectual o del desarrollo
  - › Enfermedad crónica
  - › Afección de salud mental, consumo de sustancias o neurodesarrollo
  - › Tener unos ingresos individuales o familiares de hasta el 305% del Nivel Federal de Pobreza. Por ejemplo, un joven soltero que gane hasta 3.828 dólares al mes tendría derecho a la ayuda. Estos niveles de ingresos son hasta el febrero de 2025.

### Proceso de solicitud

- › Las solicitudes se procesarán a través de la [página web](#) del sistema ONE, desde el 1 de enero de 2025.
- › Los miembros actuales del OHP que califiquen para YSHCN recibirán automáticamente una notificación de su calificación a través del sistema ONE.
- › Las personas que están solicitando el OHP por primera vez tendrán la oportunidad de completar un cuestionario de selección a través del sistema ONE.
- › Visita [Oregon.gov/YSCHN](http://Oregon.gov/YSCHN) después del 1 de enero de 2025 aprender más sobre este beneficio y cómo solicitarlo.

### Beneficios incluidos en YSHCN

- › Más servicios de oftalmología y odontología y de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT), hasta los 26 años, en vez de la cobertura regular que es hasta los 21 años. Para más información sobre EPSDT, visita la [página 31](#).
- › [Servicios Health-Related Social Needs \(HRSN\)](#).



### Para obtener ayuda o más información

Si tiene alguna pregunta sobre Adultos jóvenes con necesidades de salud especiales, escriba a [1115waiver.renewal@odhsoha.oregon.gov](mailto:1115waiver.renewal@odhsoha.oregon.gov) o llame al Servicio de Atención al Cliente al **800-273-0557**.



### Servicios integrales para niños y familias

Los miembros de la Tarjeta Abierta pueden recibir “Servicios integrales”. Estos servicios ayudan a los menores en crisis por problemas de salud mental o uso de alcohol y drogas.

Estos servicios son para menores de 17 años de edad que cumplan con las 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 le dan a los jóvenes y a su familia, ayuda de especialistas.

Los menores elegidos por Servicios Integrales reciben esta ayuda hasta cumplir 25 años.



# Sus beneficios



## Aprobación previa para servicios y medicamentos

### ¿Qué es la aprobación previa?

La persona que le provee 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 responde si su plan pagará o no. A este proceso se le llama aprobación previa.

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

### Obtener aprobación de servicios

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

- › **Atención médica en 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** - 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** - un doctor lo referirá si usted necesita de la experiencia y conocimientos o tratamiento de otro profesional de atención médica
- › **Servicios de habla y lenguaje** - servicios para personas con dificultades para comunicarse, comer, beber y tragar



## Para obtener ayuda o más información

Encuentre proveedores de Servicios integrales en la página web de OHA:  
[oregon.gov/IntensiveServices](https://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 es responsable, tales como primas mensuales de Medicare y copagos.
- › **Proveedor de servicios de salud:** Una persona o grupo de personas con licencia que ofrecen servicio de atención médica. Por ejemplo, doctores, dentistas o terapeutas.





## Sus beneficios

- › **Servicios de proveedores de salud fuera de la red** - significa que usted elige a un proveedor que no esté en su red
- › **Servicios de radiología** - Rayos X o 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 (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 ayudarle 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 al cuerpo de otra persona

### Obtener aprobación para medicamentos

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.

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, 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 le dará un contrato para pagar los servicios de la farmacia. Si usted lo llena y firma, significa que está de acuerdo en pagar en ese momento. Si OHP lo aprueba, la farmacia le devolverá su dinero.

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



## Sus beneficios

Si la solicitud de aprobación previa de la persona que le provee servicios es rechazada, usted recibirá una carta de OHP. Esta notificación le dirá cómo reclamar o pedir una audiencia si no está de acuerdo con la decisión. OHP nunca niega cobertura a través de una llamada a través de una llamada telefónica o durante una visita con un proveedor.

### 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 recibirán por correo una carta escrita de OHP. La notificación 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.

- › La Tarjeta Abierta paga los medicamentos para salud mental y física. Para averiguar si un medicamento específico está cubierto, pregúntele a la persona que le provee servicios de servicios de salud.
- › Si usted cuenta con una CCO, esta le pagará sus medicamentos de salud física.
- › Si usted tiene Medicare Parte D, la Tarjeta Abierta solo 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 la Parte D de Medicare, Open Card sólo pagará algunas recetas que no estén cubiertas por la Parte D de Medicare o la cobertura de medicamentos con receta de *Medicare Advantage*.



## Sus beneficios

Si piensa que no debió pagar por el medicamento, llame al Servicio al Cliente del OHP al **800-273-0557**.

La persona que le provee de servicios de salud debe decirle si sus medicamentos están cubiertos por la Tarjeta Abierta del OHP antes de recetarlos.

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

- › Los medicamentos que el OHP cubre para los beneficiarios de Medicare son aquellos que ningún plan de Medicare cubre, pero sólo si están en la lista de medicamentos cubiertos del OHP. Si está en una organización de atención coordinada (CCO), esta lista se llama “formulario”. Para obtener esta lista, llame al Servicio de atención al cliente de su CCO o búsquela en el sitio web de la CCO. La Tarjeta Abierta del OHP cubre los medicamentos de la Lista de Medicamentos Preferidos: [orpd.org](http://orpd.org). Para buscar su medicamento, debe saber el nombre exacto del medicamento. Si tiene preguntas, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al **800-273-0557**.

### ¿Cómo obtiene sus medicamentos?

- › OHP pagará sus medicamentos únicamente si los receta un médico. La persona que le provee servicios de salud le enviará una receta electrónica o por fax a la farmacia o le dará una receta escrita para que la lleve.
- › Para recibir y surtir un medicamento con receta, presente su identificación (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 o es pronto para volver a surtir o porque es demasiada cantidad.
- › Si hay otro medicamento 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 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 en existencia.

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



# Sus beneficios



## Servicios sociales relacionados con la salud

Los miembros del OHP que están pasando por ciertas situaciones de la vida, como la falta de un hogar o de comida, pueden calificar para recibir ciertas ayudas. Estas ayudas se llaman: servicios sociales relacionados con la salud (*Health-Related Social Needs* o HRSN). Llame a Servicio al Cliente para conocer más.

Los servicios de HRSN incluyen:

- › **Ayudas relacionadas con las condiciones del clima:** Algunas personas tienen acceso a estos artículos por razones de salud, como aire acondicionado, calefactores, filtros de aire, generadores y mini refrigeradores para guardar sus medicamentos. Estos servicios están disponibles desde marzo del 2024.
- › **Servicios de vivienda:** Este beneficio está destinado para personas con necesidades médicas y corren el riesgo de quedarse sin vivienda. Los beneficios pueden incluir ayuda con el alquiler y los servicios públicos.
- › **Servicios de comida:** Ayuda para comprar comida más saludable según su necesidad, como verduras y frutas.

Usted puede ser elegido 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 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)

Llame a la Coordinación de Atención al **800-562-4620** para saber si es elegible a HRSN y programar cita.

Para completar la solicitud de HRSN puede:

- › visitar [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/Is-505451.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/Is-505451.pdf)
- › pedirle a alguien que le ayude (un amigo o familiar)
- › visitar una organización comunitaria

Al llenar la solicitud de HRSN debe enviarla a la Coordinación de Atención.



## Sus beneficios

Solicite 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, y puede renunciar a ellos en cualquier momento. Si recibe servicios de HRSN, su equipo de Coordinación de Atención trabajará para asegurarse de que su plan de atención incluya los servicios que recibe.

Para seleccionar y recibir los servicios de HRSN es necesario conocer sus datos personales para determinar si cumple con los requisitos. Alguno de ellos se compartirán con quienes prestan el servicio.

### Ayudas adicionales cuando su salud es afectada por el clima

Si usted no es elegible para ayudas cuando su salud se ve afectada por el clima a través de HRSN, puede ser elegible a través de [otro programa estatal](#). Usted podría acceder a artículos como aire acondicionado y filtros de aire. Para ser elegible para este beneficio debe:

- › Tener bajos ingresos económicos,
- › Padecer de una condición médica que requiera un artículo médico, o
- › Para ayudarle cuando hay problemas como calor extremo y el humo de los incendios forestales

Los artículos son limitados. Se atenderá primero a:

- › Personas mayores
- › Personas que viven solas
- › Personas gestantes con hijos menores de cinco años

Para saber si puede solicitar estas ayudas y si hay aparatos disponibles, llame a *Acentra Health*, antes conocida como Kepro, al teléfono **888-834-4304** o envíe un correo electrónico a [ORCM@acentra.com](mailto:ORCM@acentra.com).



### Para obtener ayuda o más información

Encuentre la solicitud de HRSN en los siguientes idiomas:

- › **Inglés** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le-505451.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le-505451.pdf)
- › **Español** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lc-505451.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lc-505451.pdf)
- › **Ruso** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lr-505451.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lr-505451.pdf)
- › **Vietnamita** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lv-505451.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lv-505451.pdf)
- › **Chino simplificado** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lm-505451.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lm-505451.pdf)
- › **Chino tradicional** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lt-505451.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lt-505451.pdf)
- › **Árabe** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/la-505451.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/la-505451.pdf)
- › **Somalí** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/li-505451.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/li-505451.pdf)
- › **Coreano** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lk-505451.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lk-505451.pdf)
- › **Hmong** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lh-505451.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lh-505451.pdf)
- › **Portugués** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lp-505451.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lp-505451.pdf)

### ¿Preguntas?

- › Pregunte a su CCO cómo llenar este formulario
- › Si no conoce su CCO, llame a Servicios al Cliente de la OHA al **800-273-0557**.
- › Si está en Open Card (*Acentra Health*), llame al **888-834-4304**.



## Atención para menores

---

- 31 [WIC](#)
- 31 [Cobertura para menores de 21 años de edad](#)
- 34 [Más información](#)



# Atención para menores



## Servicios de 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 periodo de lactancia y niños menores de cinco años. Los padres, abuelos, padres adoptivos o tutores pueden solicitar WIC para sus hijos.



WIC ayuda a mejorar la salud de los padres, madres 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

Conozca más sobre los servicios de WIC como las guías para ser elegible, cuánto ingreso debe tener para calificar, direcciones de las clínicas y tiendas de WIC, lista de alimentos y noticias en: [healthoregon.org/wic](http://healthoregon.org/wic).

### ¿Está interesado en WIC?

Llene el formulario de en línea en 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 para menores de 21 años de edad

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

El OHP ahora cubre a menores de 21 años de edad para la atención médicamente necesaria y médica (o dentalmente) apropiada. Incluye evaluaciones, chequeos, pruebas y atención de seguimiento, así como servicios que OHP no cubrió anteriormente.



# Atención para menores

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

- › Atención para su hijo(a) siempre que esté enfermo(a) o lesionado(a)
- › 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 por 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 tenido dificultades escolares 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 comportamientos de resistencia).
- › Le preocupa sus hijo(as) no cumplan con sus metas de desarrollo o no actúa como los demás niños de su edad o tiene cambios en sus niveles de energía y actividad.

**¿Qué pasa si la persona que le provee servicios de**

**salud dice que OHP no cubre la atención?**

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 sobre cómo apelar la decisión. También le explicará cómo solicitar una audiencia si no está de acuerdo con la decisión.

Puede preguntarles a los médicos de sus hijos(as) si tienen información sobre las nuevas reglas de cobertura OHP del Programa de EPSDT. Es posible que algunos médicos no hayan visto las actualizaciones.

## Más información

- › El doctor, especialista, terapeuta u otro(s) proveedor(es) de sus hijos(as) tomarán en cuenta las necesidades personales e historia médica para decidir qué es médicamente necesario y médica (o dentalmente) apropiado.
  - › 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.
- › A veces, su proveedor tendrá que dar más información a OHA. En estos casos, OHA revisará y tomará una decisión. De ser necesario, su proveedor puede consultar a un especialista.





# Atención para menores

## ¿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 importante?

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

Si usted siente que sus hijos(as) necesitan atención, esta cobertura puede ayudarle. Hable con el proveedor de atención médica de sus hijos(as).

**Programe visitas de rutina con sus hijos e hijas, tanto niños como 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 sus hijos(as) necesitan evaluación o referencia con un especialista, hable con la persona que le provee servicios de salud a sus hijos(as).



## ¿Es una persona embarazada o tiene a 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:

- › Mantener actualizada la dirección donde vive:
  - › Llame al **800-699-9075** de lunes a viernes de 7 A.M. a 6 P.M. para actualizar su domicilio y orientación en muchos idiomas
  - › Encuentre una oficina o socio de comunidad cerca de usted: [KeepCovered.Oregon.gov](https://www.KeepCovered.Oregon.gov)
- › Informe sobre cambios y renovaciones en línea: [Benefits.Oregon.gov](https://www.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](https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Pregnancy-Care.aspx)



# Atención para menores

## Cosas que deberá considerar:

- › Prepárese para los chequeos de sus hijos(as), utilizando el **Planificador de Visitas de Rutina**. Este es un recurso de planeación gratuito para enfocarse en sus necesidades y objetivos: [wellvisitplanner.org](https://www.wellvisitplanner.org)
- › Hable con el coordinador de atención de la Tarjeta Abierta o con el coordinador de referencias de su clínica para obtener una cita. Estos coordinadores pueden ayudarle si la persona que le provee servicios de salud 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, tiene derecho a solicitar una audiencia con OHA.
  - › Si necesita ayuda para entender estos procesos, póngase en contacto con Servicio al Cliente de OHA al **800-273-0557** o con un Socio de confianza de la Comunidad OHP de la siguiente lista: [OregonHealthCare.gov/GetHelp](https://OregonHealthCare.gov/GetHelp).
  - › Si tiene problemas para obtener servicios o alguna preocupación, póngase 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 encuentre 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

Situaciones 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 su hijo necesita en el momento adecuado para ayudarle a aprender y crecer.
- › El tipo de terapia correcto en el momento adecuado para ayudarle a sus hijos(as) a aprender y crecer. Si no funciona, el médico puede ayudarle a encontrar un tratamiento o terapia diferente.
- › Servicios de salud proporcionados por el personal escolar, como parte de un programa de educación individualizado.
- › Reevaluaciones cuando algo cambia.

Más información sobre EPSDT disponible en: [Oregon.gov/EPSDT](https://Oregon.gov/EPSDT)



## 4. Emergencias

---

- 36 [Salud física](#)
- 36 [Salud mental](#)
- 37 [Salud dental](#)
- 37 [Emergencias fuera del estado](#)



# Emergencias

Una emergencia médica significa una enfermedad repentina o lesiones inesperadas que necesitan tratamiento inmediato para evitar problemas graves o la muerte. Una emergencia de salud física, puede ser una hemorragia. Una emergencia mental puede darse por uso de sustancias, o 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 conoce sufre o está en crisis por un problema de salud mental o uso de sustancias, hay ayuda disponible las 24 horas al día, los siete días de la semana:

- › Llamando al **988**
- › Enviando un mensaje escrito al **988**, o
- › Chats en línea en inglés y en español: [988lifeline.org/chat](https://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 las 24 horas al día, los siete días a la semana. La Línea de la Vida es para personas o sus seres queridos que se encuentren en crisis de salud mental, tal como:

- › Sufrimiento relacionado con salud mental,
- › Pensamientos suicidas o autolesiones, 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**
- › Enviando un mensaje de texto a [988lifeline.org/chat](https://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



## Emergencias de salud dental

Estas emergencias incluyen 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 una hemorragia) vaya a la sala de Urgencias o llame al **911**.



## Emergencias fuera del estado

Las personas con la Tarjeta Abierta del OHP no necesitan aprobación previa para recibir servicios de emergencia cuando están fuera del estado.





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

---

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



# Cuidado a miembros Indígenas Americanos / Nativos de Alaska



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

Las personas Indígenas Americanos o Nativos de Alaska pueden inscribirse en la Tarjeta Abierta del OHP. O lo desean, 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, póngase en contacto con *CareOregon* para solicitar asistencia gratuita a la coordinación de cuidados. Llame al **844-847-9320**, de lunes a viernes de 8 A.M. a 5 P.M.

La OHA sigue la definición federal de Medicaid (CMS) de indio americano/nativo de Alaska (AI/AN). Según nuestra exención 1115, “indio” o “indio americano/nativo de Alaska” se define como:

- › Indio y/o Nativo Americano/Alaska (AI/AN) significa cualquier individuo definido en 25 USC 1603(13), 1603(28), o 1679(a), o que ha sido determinado como indio, bajo 42 CFR 136.12; o como se define bajo 42 CFR 438.14(a.)

Oregon mantiene una relación de gobierno a gobierno con las nueve Tribus del estado reconocidas a nivel federal. Esta relación está basada en la relación política y legal que las Tribus Indias tienen con el gobierno federal y no en la raza.

Las Tribus reconocidas a nivel federal son aquellas reconocidas por la *United States Bureau of Indian Affairs* (Oficina de Asuntos Indígenas de Estados Unidos) para determinados fines del gobierno federal. En la actualidad hay 574 Tribus federalmente reconocidas.



## 6. Ayuda

---

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





# Ayuda

## En esta sección encontrará información sobre:

- › Preguntas que tenga
- › Preocupaciones o quejas
- › Obtener proveedores de atención médica
- › 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 queridos reciben; queremos saberlo. Por ejemplo, díganos:

- › Si tiene problemas para hacer una cita
- › Si tiene problemas para encontrar a un médico cerca de usted
- › Si le faltan al respeto y no lo entienden
- › Si le dieron un tratamiento con el que no se sentía seguro, pero de todos modos se lo dieron
- › Le llegaron cobros por servicios con los que 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 queridos reciben. Póngase en contacto con la OHA utilizando cualquiera de lo siguiente:

- › Si tiene problemas con las facturas o beneficios
  - › Llame al **800-273-0557** (TTY 771) de lunes a viernes de 8 A.M. a 5 P.M.
  - › 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 de cierre, 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 7 A.M. a 6 P.M.
- › Para exponer una pregunta, problema, o queja con el Servicio al Cliente del OHP, llene esta solicitud [OHP.Oregon.gov/CSU](https://www.ohp.oregon.gov/CSU)

## Ombuds Program de la OHA

El *Ombuds Program* de la OHA (Programa Ombuds de la OHA) 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 una persona, puede dejar un mensaje las 24 horas del día, los 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 se haya recibido su caso, se le asignará a un defensor quien trabajará directamente hasta que se resuelva su problema o se respondan sus preguntas.



# Ayuda

El *Ombuds Program* de la OHA no es un servicio de emergencia. Espere 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.

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

- › Correo: **500 Summer St. NE E20, Salem, OR 97301**
- › Fax: **503-934-5023**
- › Número gratuito: **877-642-0450** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión)



## Coordinación de cuidados

La Coordinación de Cuidados es uno de sus beneficios. Ayude a sus proveedores de servicios de salud a trabajar juntos para que ayudarlo.

Llame de lunes a viernes de 8 A.M. a 5 P.M. al **800-562-4620**.

### Qué hacen:

- › Le ayudan a hablar con sus médicos
- › Le dan información para que pueda usted tomar las mejores decisiones de cuidado médico
- › Le ayudan a obtener los servicios que necesita
- › Atienden sus necesidades culturales y de idioma. Puede pedir un intérprete.
- › Le ayudan a encontrar médicos
- › Le ayudan a encontrar los medicamentos para su

tratamiento

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

### Servicios Especiales para algunos miembros de una CCO:

- › Ayuda a las personas con partos planeados, 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 médicas, dentistas, farmacias y otros proveedores de servicios de salud de la Tarjeta Abierta.

### ¿Qué tipo de transporte puedo obtener?

Usted puede tener acceso a servicios de autobús o taxi. En algunos casos de la Tarjeta Abierta puede devolverle los costos de viaje, tales como gasolina, alimentos y alojamiento. **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 días antes de su cita, llame a la compañía de **Non-Emergency Medical Transportation** (NEMT, Transporte Médico de No Emergencia) de su condado. Si lo desea, alguien puede llamar por usted.



# Ayuda

 <b>Compañías Non-Emergency Medical Transportation (NEMT)</b>	
<b>Si usted vive en este condado:</b>	<b>Llame a:</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>

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

Llame a la compañía NEMT y tratarán de ayudarlo. Si llama con menos de dos 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, lea la sección Información adicional letra A, en la [página 74](#) de este manual). También puede ir a [oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/NEMT.aspx](https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/NEMT.aspx).



## 7. Sus derechos

---

- 45 [Registros de atención médica](#)
- 45 [Decidir sobre su atención médica](#)
- 46 [Qué hacer si se le niega un beneficio](#)
- 48 [Derechos civiles y política de no discriminación](#)
- 49 [Cómo reportar discriminación](#)
- 50 [Cómo reportar fraude](#)



# Sus derechos

Como miembro de la Tarjeta Abierta del OHP, tiene derechos específicos. En esta sección, aprenderá cuáles son sus derechos y qué puede hacer si 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”.

El documento llamado “Notificación de Prácticas de Privacidad” explica los derechos de los miembros de OHP a mantener 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 [sharesystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/ms2090.pdf](https://sharesystems.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, incluyendo su doctor y dentista. Sus proveedores pueden cobrarle por las copias.



## Decidir sobre su atención médica

Usted tiene derecho a decidir 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. También puede firmar documentos en los que autorice a otras personas a tomar decisiones por usted en caso de que usted no pueda.

### Estos son los documentos que puede firmar:

- › **Instrucciones médicas anticipadas:** Este es el documento legal que le permite nombrar a una persona para que tome decisiones de atención médica por usted en caso de no poder hacerlo. También registra sus opciones acerca de qué tipo de atención médica desea, así como cosas de suma importancia para usted acerca de sus objetivos de salud.
- › **Órdenes médicas para apoyo vital (POLST, *Physician orders for life-sustaining treatment*):** Es un registro que guarda la información sobre qué tipo de atención para el final de la vida desea. Se ingresa en el Registro POLST de Oregon para que todos sus proveedores médicos sepan cuáles son las decisiones que tomó.
- › **Declaración de tratamiento de salud mental:** Le permite nombrar a una persona para que tome decisiones de atención médica por usted 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](http://OHP.Oregon.gov/CCO-Contacts).

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

### Todos los miembros pueden solicitar una audiencia

Usted puede solicitar una audiencia gratis si recibe una “Notificación de Rechazo”. Un miembro de su familia, una amistad, la organización de la comunidad, un trabajador social, su proveedor de atención médica u otro defensor pueden ayudarle.

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

### Hay varias formas de solicitar una audiencia.

- › Las personas con la Tarjeta Abierta del OHP pueden llenar y presentar la solicitud en línea para audiencias: [bit.ly/ohp-hearing-form](http://bit.ly/ohp-hearing-form).
- › 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](http://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](http://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](http://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” en los formularios MSC 443 u OHP 3302 y envíela a la Unidad de Audiencias de OHP por:

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

Fax: **503-945-6035**

Después de la audiencia, la decisión puede cambiar o quedarse tal como está.



## Si necesita una audiencia rápida

Usted y la persona que le ofrece servicios de salud 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 **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 formularios 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 para 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 recibe 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 Acta de Americanos con Discapacidad) y que se haya solicitado en alguno de los tres documentos antes mencionados.
- › En la audiencia, usted puede decirle al juzgado por qué no está de acuerdo con la decisión y por qué piensa que OHP debe cubrir los servicios. No necesita un abogado, pero puede ir acompañado de uno. También puede pedirle a alguien más, como su proveedor de atención médica, una amistad o pariente que vayan con usted.
- › Si contrata a un abogado, usted es responsable de pagarle sus honorarios. Llame 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.



# Sus derechos

## Programa Ombuds OHA

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

Por correo: **500 Summer St. NE E20, Salem, OR 97301**

Fax: **503-934-5023**

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 50](#).



## Derechos civiles y política de no discriminación

Como miembro del OHP, usted tiene derecho a:

- › Transporte médico de No 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 salud
- › Pedirle a alguien de su confianza que le ayude o 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
- › Información respecto a todas las opciones de tratamiento cubiertas y no cubiertas
- › Ayuda para decidir sobre su cuidado médico, incluso rechazar algún tratamiento
- › Que alguien lo retenga o mantenga alejado de otras personas con el objetivo de:
  - › Obligarle a hacer algo que no desea hacer
  - › Hacer que la atención médica sea fácil para los profesionales de la salud en lugar de usted
  - › Castigarlo por algo que usted dijo o hizo
- › Una referencia o segunda opinión
- › Obtener atención, 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 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 50](#) para más información.





# Sus derechos

## 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 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 [shredsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/Is9541.pdf](https://shredsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/Is9541.pdf). Este folleto menciona los tipos de servicios que los menores pueden obtener por cuenta propia y cómo se comparte la información de su atención médica.

## Derechos por Discapacidad

**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
- › Presente 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 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**



## Sus derechos

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 en una de las siguientes formas:

Web: [hhs.gov/OCR](https://www.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

Póngase 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://www.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 escríbanos si sabe de un fraude o ha sido víctima de uno:**

- › Le están 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 a

[www.oregon.gov/odhs/financial-recovery/pages/fraud.aspx](https://www.oregon.gov/odhs/financial-recovery/pages/fraud.aspx).



## 8. Sus responsabilidades

---





# Sus responsabilidades

Al solicitar los servicios de salud, se compromete a proveer a la OHA y al *Department of Human Services* (DHS) información veraz, correcta y exacta cuando se le pida.

Esta sección señala las responsabilidades importantes que los miembros de la Tarjeta Abierta tienen que conocer. Para más información 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 está de acuerdo en:

- › Leer todos los correos de OHA. Leer todas las cartas que OHA y del DHS, así como los que le envíen su CCO. Si tiene preguntas, llame a su CCO o a Servicios al Cliente de OHP al **800-273-0557**.
- › Encontrar a una persona que le provea servicios de 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, incluyendo la Tarjeta Abierta
  - » Llevar sus tarjetas de identificación médica a sus citas (Identificación de Tarjeta Abierta, Identificación del OHP, 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 sobre cualquier cambio en un periodo 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 embarazó o terminó 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 mayor de 19 años 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.
- › Cualquier información que le haya provisto en su solicitud de servicios de salud.
- › Desea cancelar su cobertura de la Tarjeta Abierta.



# Sus responsabilidades

## Puede informar de estos cambios:

### › Por teléfono

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

### › En persona

- › Visite una Oficina del DHS ([oregon.gov/odhs/pages/office-finder.aspx](https://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](https://OregonHealthCare.gov/GetHelp).

### › En línea

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

### › Por correo o fax

- › **Informe sobre un cambio del lugar en donde vive llenando el Formulario de Cambio de Domicilio:** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/de0943.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/de0943.pdf).
- › **Este formulario también está disponible en:**
  - **Español:** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/ss0400.doc](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/ss0400.doc)
  - **Español letra grande:** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/sx0400.doc](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/sx0400.doc)
  - **Ruso:** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/sr0400.doc](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/sr0400.doc)
  - **Vietnamita:** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/sv0400.doc](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/sv0400.doc)
  - **Inglés en letra grande:** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/sw0400.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/sw0400.pdf)

### › Informe sobre otros cambios llenando el Formulario de Informe de Cambio:

[apps.state.or.us/Forms/Served/de0943.pdf](https://apps.state.or.us/Forms/Served/de0943.pdf).

### › Este formulario también está disponible en:

- **Español:** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/ds0943.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/ds0943.pdf)
- **Español en letra grande:** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/dx0943.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/dx0943.pdf)
- **Ruso:** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/dr0943.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/dr0943.pdf)
- **Vietnamita:** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/dv0943.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/dv0943.pdf)
- **Somali:** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/di0943.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/di0943.pdf)
- **Inglés en letra grande:** [sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/dw0943.pdf](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/dw0943.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](https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/he7221.pdf)) y envíela por fax al: 503-378-5628

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

---





# Definición de palabras

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

1. **Adultos jóvenes con necesidades de salud especiales:** Este beneficio estará disponible a los adultos jóvenes entre 19 a 20 años, que califiquen, a partir del 2025. Los beneficios incluyen exámenes, diagnósticos y tratamientos de detección temprana y periódicos (EPSDT), servicios de oftalmología y odontología, así como acceso a los beneficios llamados *Health Related Social Needs (HRSN)*.
2. **Aprobación previa:** Algunas veces su proveedor de atención médica debe enviar información al OHP 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.
3. **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.
4. **Atención al paciente hospitalizado:** Cuando recibe atención y se queda en un hospital por lo menos durante tres noches.
5. **Atención ambulatoria:** Cuando usted recibe atención en un hospital, pero no pasa la noche allí.
6. **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. Una emergencia de salud física puede ser 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.
7. **Atención de enfermería especializada:** Ayuda de un profesional en enfermería 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.
8. **Atención de salud mental:** Tratamiento para enfermedades mentales, terapia, consejería individual o trastornos por uso de sustancias.
9. **Atención médica en casa:** Servicios que recibe en casa para ayudarlo a vivir mejor. Por ejemplo, recibir ayuda después de una cirugía, enfermedad o lesión. Algunos de estos servicios le ayudan con los medicamentos, alimentos y baño.
10. **Atención urgente:** Atención que usted necesita el mismo día para evitar que se sienta mucho peor o para evitar la pérdida de funciones 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.
11. **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.
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. **Coordinated Care Organization (CCO o 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.



## Definición de palabras

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. **Deducible:** Lo que tiene que pagar por sus servicios de atención médica antes de que su seguro le ayude a cubrir los costos. Cualquier deducible o copago restante deberá ser pagado por su OHP y el otro seguro que tenga.
19. **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.
20. **Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT o Programa de detección sistemática, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico):** Este beneficio es para niños y adolescentes menores de 20 años. 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”.
21. **Elegible:** Ser elegible significa que usted cumple con las condiciones o requisitos para ingresar a un programa.
22. **Emergency Room (sala de Urgencias):** También conocida como ER, es el lugar de un hospital donde puede obtener atención inmediata durante una crisis médica.
23. **Equipo médico de larga duración:** Equipo médico tal como sillas de ruedas y camas de hospital. No se acaban como los medicamentos y materiales médicos.
24. **Fraude:** Cuando alguien tiende una trampa o engaña a otra persona para tener un beneficio que no está autorizado.
25. **Health Related Social Needs Services (HRSN o Necesidades sociales que afectan la salud):** Barreras sociales y económicas para la salud, tales como no tener una vivienda estable o no siempre tener suficiente comida.
26. **Hogar-familia:** Los miembros de la familia que viven con usted. Pueden ser su pareja, hijos (as) u otros que dependen de usted y por los que deduzca impuestos.
27. **Hospitalización:** Cuando alguien es admitido a un hospital para recibir atención.
28. **Inscribirse:** Registrarse para convertirse en un miembro de la Tarjeta Abierta del OHP.
29. **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.
30. **Llamadas de retransmisión:** Llamadas que les permiten a las personas sordas, con dificultades auditivas, sordo-ciegos o con problemas de lenguaje; a comunicarse por teléfono. También se les conoce como Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones o TRS).
31. **Medicaid:** Un programa nacional que ayuda con los costos de atención médica a personas de bajos ingresos. En Oregon es parte del OHP.
32. **Medicamento apropiado:** Tratamiento que es seguro y eficaz.
33. **Medicamento necesario:** Servicios y materiales que su proveedor de atención médica dice que necesita para evitar, diagnosticar o tratar una enfermedad o sus síntomas.
34. **Medicamentos recetados:** Medicamentos que su





## Definición de palabras

- proveedor de atención médica le dice que tome.
35. **Medicare:** Un programa federal de atención médica para personas mayores de 65 años. También ayuda a personas con discapacidad de cualquier edad.
36. **Médico especialista:** Un médico capacitado para atender una parte del cuerpo o un tipo de enfermedad.
37. **Miembro (o miembro de la Tarjeta Abierta):** Usted recibe atención médica a través del OHP. Cuando no está inscrito en una organización de atención coordinada, usted es miembro de la Tarjeta Abierta porque OHA OH paga la atención que recibe. OHA cubre los servicios no cubiertos por la organización de atención coordinada.
38. **OHP Plus:** OHP Plus es el paquete de beneficios más completo. Solo 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 visual recetas.
39. **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.
40. **Oregon Department of Human Services (ODHS o Departamento de Servicios Humanos de Oregon):** Agencia pública de Oregon a cargo de programas tales como el SNAP o *Supplemental Nutrition Assistance Program* (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) y Medicaid. ODHS y OHA trabajan juntos para asegurar que usted reciba la atención necesaria.
41. **Oregon Health Authority (Autoridad de Salud de Oregon u OHA):** Agencia pública de Oregon a cargo del Plan de Salud de Oregon (*Oregon Health Plan* o OHP) y de otros servicios médicos.
42. **Oregon Health Plan (Plan de Salud de Oregon u OHP):** El programa de asistencia médica de Oregon. Ayuda a las personas a tener atención médica cuando de ninguna otra forma podrían recibir estos beneficios.
43. **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. Este tipo de clínica incluye a diferentes proveedores en un solo sitio.
44. **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.
45. **Preferred Drug List (PDL o Lista de Medicamentos Preferidos):** Una lista de medicamentos proporcionados por el OHP.
46. **Prevención:** Lo que usted hace para mantenerse saludable y no enfermarse. Esto incluye chequeos y vacunas contra la influenza.
47. **Prima:** Lo que paga una persona por su seguro.
48. **Primary care provider o primary care physician (PCP o Proveedor/médico de atención primaria o médico de familia):** El médico profesional que cuida de su salud. Es la primera persona a la que usted llama cuando tiene problemas de salud o necesita atención. Su PCP puede ser un doctor, un profesional de enfermería, asistente médico o algunas veces, un naturista.
49. **Procedimiento o visita de rutina:** Un procedimiento que administra un profesional médico en circunstancias de poco o ningún riesgo de provocarle lesiones al paciente. Por ejemplo, exámenes físicos, extracción de sangre y vacunas contra la influenza.
50. **Programa de Ahorros del Medicare:** Programas para personas con ingresos limitados que ayuda a pagar los gastos de bolsillo de Medicare, como las primas de Medicare y, en algunos casos, los deducibles, los copagos y el coseguro.



## Definición de palabras

51. **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**.
52. **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, y tenga que pagar los servicios que reciba. También se llama “proveedor que no participa”.
53. **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.
54. **Qualified Medicare Beneficiary Program:** Un programa de ahorros que ayuda a la gente a pagar costos de bolsillo por servicios cubiertos por Medicare.
55. **Queja:** Una manera formal de comunicar que usted no está contento con los servicios o con la persona que le provee atención médica.
56. **Rechazo:** Un rechazo o Notificación de Rechazo es una decisión oficial de la OHA para dejar de pagar los servicios que usted recibe.
57. **Reclamo o reclamación:** Una manera formal de comunicar que usted no está contento de servicios o proveedor de atención médica. Sinónimo de queja.
58. **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 para que usted se mantenga saludable. En la red significa que usted recibe atención médica a través de este grupo.
59. **Referencia:** Dirigir a un paciente con un especialista médico por parte de un médico de atención primaria.
60. **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 años.
61. **Representante autorizado:** Una persona que usted elige para tomar decisiones y firmar papeles en su lugar. Puede ser un miembro de la familia o un tutor legal. Si desea un representante autorizado, deberá llenar un formato especial.
62. **Seguro médico:** Un plan o programa que paga algunos o todos los costos de atención médica. Una compañía o entidad gubernamental establece las reglas de cuándo y cuánto pagará el seguro.
63. **Servicios de hospicio:** Servicios para reconfortar a una persona durante la atención al final de su vida.
64. **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.
65. **Servicios de rehabilitación:** Servicios para ayudar a recuperar su salud completa, por lo general después de una cirugía, lesión o uso de sustancias.
66. **Servicios y dispositivos de habilitación:** Servicios y dispositivos que le enseñan habilidades para la vida diaria. Un ejemplo, una terapia de lenguaje para un niño que no ha empezado a hablar.
67. **Socio comunitario:** Una persona u organización en su comunidad que ayuda a solicitar atención médica. La ayuda es gratuita.
68. **Tarjeta Abierta (también se le conoce como *Open Card*):** Atención médica cubierta por la OHA. Cuando usted no está inscrito en una CCO, usted es miembro de Tarjeta Abierta porque OHA paga su atención médica. OHA cubre todos los servicios no cubiertos por la CCO.
69. **Transporte médico de emergencia:** Uso de una ambulancia. 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

---

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



# Información adicional

## A. Más información sobre transporte

Vaya a la página 51 de este manual o visite [oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/NEMT.aspx](http://oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/NEMT.aspx).

### Llamada para programar el transporte

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

- › La compañía necesitará confirmar si usted es elegible determinando si su atención médica califica como un servicio cubierto o 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 en la farmacia, deberá solicitarlo cuando llame.
- › Puede llamar con 90 días de anticipación a su cita.
- › Puede programar el 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 el mismo, llame a su compañía NEMT al menos dos horas antes de la hora a la que deberán recogerlo. Si no puede llamar durante horas hábiles, deje un mensaje.



## Compañías de *Non-Emergency Medical Transportation* (NEMT, por sus siglas en inglés, o Transporte Médico de No Emergencia)

Si usted vive en este condado:	Llame:
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>



# Información adicional

## 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 días antes de su transporte programado.
3. El conductor lo recogerá a la hora y en el lugar programados. 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 le sea difícil obtener un transporte.*
5. Si el conductor no llega 10 minutos después de su hora programada, llame a la compañía.
6. El conductor lo dejará 15 minutos antes de la hora de su cita.

### Primera y última cita del día

Si tiene usted la **primera** cita del día con su médico, el conductor lo dejará 15 minutos antes de que abran el consultorio.

Si usted tiene la **última** cita del día con su médico, el conductor lo recogerá 15 minutos posterior al cierre del 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 programe 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 hora después de que 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. No debe recibir una factura de la compañía NEMT. Si recibe una factura por 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 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 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 sus viajes. A esta información se le llama “bitácora de viaje” (*travel log*, en inglés)



## Información adicional

- › Enviar su “bitácora de viaje” a la compañía dentro de los 45 días posteriores a su primer viaje. Si no la envía, 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 la compra de alimentos o pago de alojamiento**

Si usted tiene una cita para servicios médicos cubiertos fuera de su área local, será elegible para que le devuelvan el dinero que gastó en 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 solo(a).
- › 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 horas o más.

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

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

No es necesario que presente comprobantes de gastos en alimentos.

### **Alojamiento**

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

- › Tiene que viajar antes de las 5:00 A.M. para llegar a su cita.
- › Si tiene que llegar a casa después de las 9:00 P.M.
- › 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.



## Información adicional

La compañía puede esperar a 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 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 los niños hasta que:**

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

Si usted necesita un asiento para auto o asiento elevado, deberá traer uno e instalarlo. 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 sea el vehículo correcto.

Si usted utiliza una silla de ruedas no estándar o extra grande, debe informarle 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 vehículo y se ponga el 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 deben asegurarse en un carrito utilizado para movilidad.



# Información adicional

## Asistentes

Si necesita más ayuda de la que puede darle su conductor, debe venir un asistente (un acompañante). Un asistente es un adulto que viaja con usted para proporcionarle ayuda. El asistente puede ser una amistad, un miembro de la familia o un tutor. El asistente también puede ser cualquier persona mayor de 18 años, 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 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 menores de 12 años 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 ODHS

Un asistente adulto puede viajar gratuitamente con un niño o niña. Si el niño o niña son mayores de 13 años, 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 con 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 se le negó injustamente un transporte.
- › Presentar una queja en cualquier momento. Por ejemplo, si:
  - › Le preocupa la seguridad del vehículo.
  - › Tiene una interacción mala con un conductor (por ejemplo, el conductor fue grosero).
  - › No se le proporcionó el transporte de acuerdo con el plan.
  - › No se cumplieron 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.





# Información adicional

## B. Formulario MSC 443 Solicitud de Audiencia Administrativa

Para solicitar la revisión de una decisión, llene este formulario con tinta negra o azul. Los detalles sobre cómo presentar el formulario se encuentran en la [página 57](#). También puede encontrar una versión digital para imprimir [aquí](#).



### 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "no", indique el idioma preferido del demandante:	¿Desea que los documentos de la audiencia estén en un formato alternativo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 ( <i>opcional</i> ):
------------------------	---------------------	-----------------------	--

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

Nombre del abogado o del representante:	Dirección de correo electrónico ( <i>opcional</i> ):	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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



# Información adicional

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

Para solicitar la revisión de una decisión de asistencia salud puede imprimir y completar el formulario en tinta negra o azul, o seguir este [enlace](#) para acceder al formulario. Puede acceder al formulario en línea para cumplimentar esta solicitud. En este [enlace](#) encontrará información detallada sobre cómo presentar el formulario impreso.



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:

- 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.*

- ¿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: \_\_\_\_\_



## Información adicional

---

**¿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 OHP Manual de beneficios para miembros

## Para 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 hacer una cita, tiene preguntas sobre la cobertura o necesita una tarjeta de miembro del OHP o un manual.

### **Servicio al Cliente de ONE . . . . .800-699-9075**

(se aceptan todas las llamadas de retransmisión)

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

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

Si no está inscrito en una CCO 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 un profesional de enfermería.

### **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 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**



Esta versión del Manual de la Tarjeta Abierta es correcta a partir de su publicación en junio de 2024. Para ver la versión actualizada en PDF visite [OHP.Oregon.gov](https://OHP.Oregon.gov). Haga clic en el enlace “Buscar mi manual del miembro”. Para ver este documento en su teléfono y acceder fácilmente a los enlaces dentro de este manual, escanee este código QR usando la cámara de su teléfono inteligente.

