

**Tarjeta Abierta
del OHP**



Manual de beneficios para miembros



2026



**OREGON
HEALTH
AUTHORITY**



Índice



1. Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP página 5

- › Bienvenido a la Tarjeta Abierta del OHP 6
- › ¿Qué es la Tarjeta Abierta del OHP?. 7
- › Su tarjeta de miembro. 8
- › Idiomas y formatos 10
- › Sus beneficios 12
- › Inscripción en la CCO 12
- › El OHP y otras coberturas médicas 14
- › El pago de los servicios y las facturas . . . 15



2. Sus beneficios página 17

- › Atención primaria 18
- › Atención hospitalaria. 18
- › Salud de los ojos (atención del oculista) . . 19
- › Salud dental 20
- › Salud mental. 22
- › Medicamentos 23
- › Aprobación previa (autorización previa) para servicios, suministros, equipos médicos y medicamentos 24

- › Transporte. 26
- › Nuevo plan de salud para adultos jóvenes con necesidades de salud especiales (beneficios de YSHCN) 27
- › Servicios para necesidades sociales relacionadas con la salud 27
- › Servicios integrales para niños y familias . 29
- › Servicios de salud mental en el hogar y en la comunidad (HCBS) 29



3. Atención para menores página 31

- › Cobertura para menores de 21 años de edad 32
- › Más información 34
- › Programa de Nutrición Suplementaria de Oregon para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) 35



Índice



4. Emergencias página 36

- › Salud física 37
- › Salud mental 37
- › Salud dental 38
- › Emergencias fuera del estado 38



5. Cuidado a miembros Indígenas Americanos / Nativos de Alaska página 39

Los miembros Indígenas Americanos y Nativos de Alaska del OHP pueden inscribirse en la Tarjeta Abierta 40

Coordinación de atención tribal de CareOregon para miembros de la Tarjeta Abierta que son Indígenas Americanos y Nativos de Alaska (AI/AN) 40



6. Ayuda página 41

- › Póngase en contacto con nosotros 42
- › Coordinación de cuidados 43



7. Sus derechos página 45

- › Registros de atención médica 46
- › Cómo reportar fraude 50
- › Cómo reconocer e informar el abuso, la falta de cuidado (negligencia) y la explotación . 51



8. Sus responsabilidades página 52



9. Definición de palabras página 55



10. Información adicional página 60

- › A. Más información acerca del transporte a sus citas 61
- › B. Formulario MSC 443: “Administrative Hearing Request” (“Solicitud de Audiencia Administrativa.”). 67
- › C. Formulario OHP 3302: “Request to Review a Health Care Decision” (“Solicitud de revisión de una decisión de atención médica.”) 68
- › D. Aviso de Prácticas de Privacidad 70

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.

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

Su atención médica es organizada y pagada por la Tarjeta Abierta, una CCO o por ambos ([página 11](#)). La Tarjeta Abierta y cada CCO tienen una lista de proveedores aceptados. Si usted busca servicios que la Tarjeta Abierta no cubre, o si elige un proveedor fuera de la red, usted tendrá que pagar de su bolsillo.

Si desea conocer más sobre los proveedores de la Tarjeta Abierta, visite ohpcc.acentra.com o llame al **800-562-4620**.

Si desea más información sobre las CCO, visite oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/coordinated-care-organizations.aspx.

También encontrará más definiciones de palabras en la [página 55](#) de este manual.

A lo largo del manual verá que nos referimos a los siguientes términos de esta forma:	
OHA	<i>Oregon Health Authority</i> = Autoridad de Salud de Oregon
OHP	<i>Oregon Health Plan</i> = Plan de Salud de Oregon
CCO	<i>Coordinated Care Organization</i> = Organización de Atención Coordinada



1. Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP

- 6 [Bienvenido a la Tarjeta Abierta del OHP](#)
- 7 [¿Qué es la Tarjeta Abierta del OHP?](#)
- 8 [Su tarjeta de miembro](#)
- 10 [Idiomas y formatos](#)
- 12 [Sus beneficios](#)
- 12 [Inscripción en la CCO](#)
- 14 [El OHP y otras coberturas médicas](#)
- 15 [El pago de los servicios y las 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 35](#))
- Servicios de salud para niños y menores de 21 años ([página 31](#))
- Cómo programar transporte para sus citas ([página 26](#))

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 el OHP en general, puede pedir asistencia a un experto. Encuentre ayuda en OregonHealthCare.gov/GetHelp o llame a servicios para clientes al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión) de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Para información en español, vaya a 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



¿Qué es la Tarjeta Abierta del OHP?

La Tarjeta Abierta del OHP es un tipo de cobertura del *Oregon Health Plan* (OHP o Plan de Salud de Oregon). Es para las personas que no forman parte de una *Coordinated Care Organization* (organización de atención coordinada o CCO).

Una CCO es una red local de médicos, enfermeros, clínicas, hospitales y otros proveedores de servicios de salud en su área que trabajan juntos para atender a los miembros del OHP.

Con la Tarjeta Abierta del OHP, usted recibe la misma cobertura que los demás miembros del OHP. Sin embargo, puede haber menos proveedores de servicios de salud en su área que acepten la Tarjeta Abierta.

A la Tarjeta Abierta del OHP también se la llama en inglés “*fee-for-service*” (pago por servicio o FFS) del OHP. Esto no significa que usted tenga que pagar por su atención.

Usted puede tener la Tarjeta Abierta del OHP para algunos servicios de salud y estar inscrito en una CCO para otros. Su carta de cobertura del OHP le indicará si tiene la Tarjeta Abierta o una CCO para sus servicios de **salud física**, **salud mental** y **salud dental**.

Esta carta también le explica los beneficios de su grupo familiar. Para obtener más información sobre esta carta, lea las [páginas 9-13](#).

Si tiene preguntas, llame al servicio de atención para clientes del OHP al 800-273-0557 o envíe un correo electrónico a ask.ohp@odhsoha.oregon.gov.

¿Quiénes reciben la Tarjeta Abierta del OHP?

Todas las personas recién aprobadas para el OHP comienzan con la Tarjeta Abierta del OHP. Por lo general, después de unos días los miembros se inscriben en una organización de atención coordinada (CCO). Algunos

miembros permanecen en la Tarjeta Abierta del OHP en lugar de unirse a una CCO. Puede permanecer en la Tarjeta Abierta si:

- › Usted es Indígena Americano o Nativo de Alaska (AI/AN).
- › Tiene una razón médica aprobada para seguir recibiendo atención con un proveedor que no está en su CCO local.
- › Tiene otro seguro médico o Medicare.

Para obtener más información sobre el OHP y otros seguros médicos, vea la página 14.

¿Puedo pedir la Tarjeta Abierta del OHP por razones de salud?

Sí. Puede solicitar la Tarjeta Abierta del OHP si tiene un problema médico grave y necesita continuar con su proveedor actual.

Para hacer una solicitud, póngase en contacto con el servicio de atención para clientes del OHP:

Llame al: **800-273-0557**

Correo electrónico: ask.ohp@odhsoha.oregon.gov

Deberá presentar comprobantes de su proveedor de servicios de salud que indiquen que:

- › Su proveedor no pertenece a su CCO local.
- › Cambiar a un proveedor de la CCO podría dañar su salud.

Usted o su proveedor deben enviar a la OHA un formulario de solicitud y una prueba de que necesita la Tarjeta Abierta del OHP para mantenerse saludable.

Obtenga más información en:

oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/FFS.aspx.



Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP

Tarjeta Abierta del OHP para miembros Indígenas Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN)

Si usted es **Indígena Americano** o **Nativo de Alaska**, lo inscribirán en la **Tarjeta Abierta del OHP**.

No se le inscribirá en una organización de atención coordinada (CCO) a menos que usted quiera hacerlo.

Si desea inscribirse en su CCO local, póngase en contacto con el servicio de atención para clientes del OHP:

Llame al: **800-273-0557**

Correo electrónico: ask.ohp@odhsoha.oregon.gov

Obtenga más información sobre la Tarjeta Abierta del OHP para miembros Indígenas Americanos o Nativos de Alaska en la [página 39](#).



Su tarjeta de miembro

Su tarjeta de miembro es muy importante. Usted debe llevar a todas sus citas médicas sus tarjetas de cobertura médica y una identificación oficial del gobierno (como una licencia de conducir u otra identificación del estado). Esta identificación puede ser emitida por el gobierno federal de los Estados Unidos, por un gobierno estatal o por el gobierno de otro país.

Usted puede necesitar su tarjeta de miembro para:

- › Recibir atención médica, dental y de salud mental.
- › Obtener sus medicamentos con receta.

Este es un ejemplo de una tarjeta de miembro para que vea cómo podría verse la suya:



Nombre

Número de identificación

Fecha de emisión de la tarjeta

Miembros — Visiten OHP.Oregon.gov para conocer acerca de su cobertura y cómo reportar cambios de ingresos, dirección y otros. Para preguntas, llame al **800-273-0557**.

Proveedores — Esta tarjeta no garantiza cobertura. Para verificar cobertura e inscripción, visite www.or-medicaid.gov.

Members – Visit OHP.Oregon.gov to learn about your coverage and how to report income, address and other household changes online. For questions, call 800-273-0557.

Providers – This card does not guarantee coverage. Verify coverage, enrollment and more at <https://www.or-medicaid.gov>.



Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP



Obtenga más ayuda:

Servicios para clientes

Le pueden ayudar si recibe una factura, necesita ayuda para hacer una cita, tiene preguntas sobre su cobertura o necesita una nueva tarjeta de identificación de Oregon Health o el manual:

Teléfono: **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión)

Horario: de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

[Formulario de solicitud en línea:](#)

OHP.Oregon.gov/CSU

Servicio al cliente de elegibilidad ONE

Le pueden ayudar si tiene preguntas sobre si cumple con los requisitos para el OHP, si necesita informar cambios de dirección, ingresos u otro seguro de salud, [o si necesita ayuda para usar el sistema ONE](#).

Llame al: **800-699-9075** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión) de lunes a viernes de 7 a. m. a 6 p. m.
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 lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
ohpcc.acentra.com



Obtenga más ayuda:

Línea de consulta con un profesional de enfermería

- › Le pueden ayudar si necesita asesoría de un profesional de enfermería

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

Ayuda local

Si desea ayuda gratis de un socio de la comunidad visite: oregonhealthcare.gov/gethelp

Emergencias

- › Si tiene alguna emergencia de salud física o dental, llame al **911**
- › Si tiene alguna emergencia de salud mental, llame al **988**

Este manual solo tiene información general. No da consejos médicos ni garantiza cobertura. Para conocer todos los detalles sobre sus beneficios y cobertura, como lo que no está cubierto, los límites y las reglas del plan, llame a servicios para clientes del OHP al **800-273-0557**.



Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP



Idiomas y formatos

La OHA le proporcionará información y asistencia en el idioma y formato que sea más fácil para usted.

Declaración de accesibilidad de la OHA

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

- › Intérpretes de lengua 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

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

Muestre a los proveedores de servicios de salud una tarjeta que les diga qué tipo de ayuda con el idioma usted necesita. 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.

Material escrito

Puede obtener una copia gratis de este manual en otros idiomas. Otros materiales escritos, como cartas del OHP, etiquetas de medicamentos y otros documentos importantes, también están disponibles en letra grande, braille u otro formato que usted prefiera.

Solo llame a servicios para clientes del OHP al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión) y diga el idioma o formato que necesita.

Intérpretes

Durante su visita con su proveedor de servicios de salud tiene derecho a un intérprete certificado o calificado por la OHA, ya sea de lengua de señas o de idioma hablado, en el idioma que usted necesite. Este servicio es **gratis**.

Informe el idioma de su preferencia cuando esté en el consultorio. Cuando haga una cita, asegúrese de explicar cuáles son sus necesidades y pída que pongan una nota en su registro médico para todas sus citas en el futuro.

¿Quiere confirmar si su intérprete está calificado o certificado en Oregon? De ser así, visite hciregistry.dhsoha.state.or.us.

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

Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP

5503 XX#### XX P2
SP AT

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

¡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.

Bienvenido al Plan de Salud de Oregon (OHP). Esta 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 la 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 a servicios para clientes del OHP al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión).

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

Es posible que tenga cobertura a través de un seguro privado proporcionado por un empleador. **Para que usted pueda recibir todos sus beneficios, el OHP y sus proveedores de salud necesitan saber qué coberturas tiene y si su cobertura cambia.**



Sus beneficios

Cuando reciba su carta de cobertura de miembro, encontrará información sobre su plan de beneficios.

Su plan puede ser uno de los siguientes:

- › **Oregon Health Plan (OHP Plus, Plan de Salud de Oregon Plus):** El programa de asistencia médica de Oregon le ayudará a tener atención médica cuando de otra forma no podría pagarla. Este programa también se conoce como Medicaid. El OHP da cobertura médica completa, de ojos, dental, de salud mental y de farmacia.

Al principio, quienes tienen el OHP están inscritos en la Tarjeta Abierta y pueden visitar a cualquier proveedor de servicios de salud que acepte la Tarjeta Abierta. Luego, la mayoría de los miembros del OHP se inscriben en una CCO para administrar su atención médica.

- › **Oregon Health Plan (OHP) con Medicamentos Limitados:** es para personas que son elegibles tanto para el OHP como para Medicare Parte D. Este programa cubre medicamentos que no están cubiertos por Medicare Parte D. Tiene los mismos beneficios que el OHP Plus.

- › **OHP y Programa de Ahorro de Medicare (Medicare Savings Program):** Esta es una combinación de beneficios que pueden tener algunos beneficiarios de Medicare. Si este es su caso:

- › Recibirá el beneficio del OHP con Medicamentos Limitados mencionado arriba.
- › Medicare pagará primero los servicios médicos y hospitalarios.
- › El OHP recibirá la factura después de Medicare y puede ayudar a pagar los costos que Medicare no cubre, como servicios dentales, salud del comportamiento (salud mental y tratamiento por uso de sustancias), transporte médico, y algunos medicamentos que no están cubiertos por Medicare Parte D.

- › **OHP y Programas de Ahorro de Medicare (Medicare Savings Programs, MSPs):** Los MSP son beneficios de Medicaid que ayudan a las personas con ingresos bajos a pagar los costos relacionados con Medicare. En Oregon hay tres tipos de MSP.

- › **Programa de Beneficiarios Calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary Program, QMB):** Este Programa de Ahorros de Medicare ayuda a pagar los costos de Medicare, que incluyen las primas de Medicare Parte A y Parte B, los deducibles y el coseguro.
- › **Solo primas de Medicare Parte B:** Para las personas que califican, hay dos programas de ahorros de Medicare que pagan la prima de Medicare Parte B: el Programa de Beneficiarios Específicos de Medicare con Bajos Ingresos (*Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB*) y el programa Individuos Elegibles (*Qualifying Individual, QI*). Estos programas no cubren la atención médica ni pagan otros costos de Medicare.

Para obtener más información sobre personas mayores y personas con discapacidad consulte los recursos disponibles en: oregon.gov/odhs.



Inscripción en la CCO

Algunas personas con beneficios de la Tarjeta Abierta también están inscritas en una CCO para algunos servicios. Los miembros pueden inscribirse en una CCO para beneficios de salud física y mental, únicamente para salud mental, únicamente para salud dental, o para beneficios de 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 la CCO	Salud Física	Salud Dental	Salud Mental
Sin Cobertura CCO	Tarjeta Abierta	Tarjeta Abierta	Tarjeta Abierta
CCOA (todos los beneficios a través de la CCO)	CCO	CCO	CCO
CCOB	CCO	Tarjeta Abierta	CCO
CCOE	Tarjeta Abierta	Tarjeta Abierta	CCO
CCOF	Tarjeta Abierta	CCO	Tarjeta Abierta
CCOG	Tarjeta Abierta	CCO	CCO

La OHA utiliza códigos con letras para llevar un registro del 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



El OHP y otras coberturas médicas

Algunas personas tienen la Tarjeta Abierta del OHP porque también tienen otra cobertura médica, como un seguro privado del empleador o Medicare. Cuando tiene otra cobertura médica:

- › Su otro seguro generalmente paga primero.
- › El OHP paga después y puede cubrir lo que el otro seguro no cubra. Esto significa que su otro seguro es la “cobertura primaria” y el OHP es la “cobertura secundaria”.

Si su otra cobertura es un seguro médico Tribal, la Tarjeta Abierta del OHP será la cobertura primaria.

Instrucciones importantes para usar el OHP junto con otra cobertura médica

Siempre muestre todas sus tarjetas de identificación de seguro médico cuando reciba atención, artículos médicos o recetas. Esto incluye:

- › Su tarjeta de identificación del OHP.
- › Cualquier tarjeta de identificación de CCO.
- › Cualquier otra tarjeta de seguro médico.

Si tiene la Tarjeta Abierta del OHP y otro plan de seguro, trate de encontrar proveedores que acepten los dos. Esto ayuda a asegurarse de que sus facturas queden completamente cubiertas.

Cómo reportar cambios en otro seguro médico

Debe avisar al OHP si su otro seguro médico cambia (excepto Medicare).

- › Reporte cualquier cobertura nueva o terminada **dentro de los 30 días**.
- › Si no reporta los cambios puede tener problemas para pagar facturas médicas o surtir recetas.

El OHP llama al otro seguro médico “*Third Party Resource*” o TPR (Recursos de Terceros) o “*Third Party Liability*” o TPL (Responsabilidad de Terceros).

Si el OHP tiene información sobre su otro seguro, en la página 2 de su carta de cobertura aparecerá: “*Managed Care/TPR Enrollment*” (inscripción de atención administrada/recursos de terceros). También puede revisar su cuenta de elegibilidad ONE en línea. Si su otro seguro no aparece en la carta, usted debe informarlo al OHP.

Puede informar acerca de su otro seguro médico de cualquiera de estas maneras:

- › En línea en: ReportTPL.org.
- › A través de su cuenta ONE en línea en: ONE.Oregon.gov.
- › Servicio de atención para clientes de elegibilidad ONE. Llame al 800-699-9075 (se aceptan todas las llamadas de retransmisión y hay ayuda disponible en muchos idiomas).
- › Oficina del Departamento de Servicios Humanos de Oregon de su localidad. Para obtener ayuda visite: ODHSoffices.Oregon.gov/.
- › Asistente comunitario. Busque un asistente comunitario para que le ayude a llenar su solicitud en: oregonhealthcare.gov/gethelp.

Encontrar proveedores

Es importante que encuentre un proveedor que acepte la Tarjeta Abierta del OHP y todos sus planes de seguro médico para que sus visitas y recetas estén completamente cubiertas.

Para encontrar proveedores que acepten su seguro privado:

- › Llame a su compañía de seguros.
- › Use la herramienta de búsqueda de proveedores del sitio web de su plan.

Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP

Para encontrar proveedores que acepten la Tarjeta Abierta del OHP:

- › Visite: ohpcc.acentra.com/miembro.
- › Llame al servicio de atención para miembros de la Tarjeta Abierta al 800-562-4620 (de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5 p. m.)

Si un proveedor no acepta la Tarjeta Abierta del OHP y usted todavía quiere atenderse con ese proveedor, es posible que le pidan que firme un acuerdo de pago. Esto significa que acepta pagar la factura por su cuenta.

- › Si su proveedor le cobró a su otro seguro y a la Tarjeta Abierta del OHP, pero aun así usted recibió una factura, llame a servicios para clientes del OHP al **800-273-0557** o envíe un correo electrónico a ask.ohp@odhsoha.oregon.gov. Tenga lista una copia de la factura completa por si debe enviarla.
- › También puede necesitar comunicarse con su otra compañía de seguros para obtener ayuda.

Surtir recetas

Si su farmacia no acepta la Tarjeta Abierta del OHP y usted tiene otro seguro, informe a su plan de seguro. Pregunte qué farmacias le pueden cobrar a los dos seguros: el suyo y el OHP. Use esas farmacias para obtener sus medicamentos recetados. Esto asegurará que el OHP ayude a pagar sus medicamentos cubiertos.

Qué hacer si recibe una factura por servicios mientras tiene la Tarjeta Abierta del OHP

- › Su proveedor o su farmacia deben informarle si los servicios o las recetas están cubiertos por la Tarjeta Abierta del OHP antes de atenderlo.
- › Si firmó un acuerdo para pagar servicios que no están cubiertos por el OHP, tendrá que pagar esa factura.
- › Estos formularios se llaman:
 - » Acuerdo del cliente del OHP para pagar servicios de salud (Formulario OHP 3165).
 - » Acuerdo del cliente del OHP para pagar servicios de farmacia (Formulario OHP 3166).
- › Si no está seguro de si un formulario firmado significa que debe pagar, envíe una copia del formulario firmado a servicios para clientes del OHP para que lo revisen. Llame al **800-273-0557** o envíe un correo electrónico a ask.ohp@odhsoha.oregon.gov para confirmar que el formulario es válido.



El pago de los servicios y las facturas

No debe pagar por los servicios que están cubiertos por la Tarjeta Abierta del OHP. Los pagos de los servicios cubiertos se manejan directamente entre su proveedor de la Tarjeta Abierta del OHP y la Autoridad de Salud de Oregon (OHA).

Su proveedor debe informarle **antes de su cita** si un servicio está o no cubierto por la Tarjeta Abierta del OHP.

Si un servicio no está cubierto, su proveedor debe pedirle que firme uno de estos formularios antes de recibir el servicio: **“Acuerdo del Cliente del OHP para pagar servicios de salud” (formulario OHP 3165)**. Si usted **no** firmó este formulario, **no pague la factura**.

Si elige un proveedor que no acepta la Tarjeta Abierta del OHP y aun así desea atenderse allí, pueden pedirle que firme un acuerdo de pago directo, donde usted acepta pagar la factura por su cuenta. Si el proveedor le pide otros servicios o lo envía a otro lugar para recibirlos, también podría tener que pagar de su bolsillo. Si no firmó un acuerdo de pago directo, no pague la factura.



Acerca de la Tarjeta Abierta del OHP

A veces, la Tarjeta Abierta del OHP puede decidir que usted debe pagar una factura. Si no está de acuerdo con esa decisión, puede pedir una audiencia dentro de los 60 días. Para ello, debe completar el formulario “Solicitud de Audiencia Administrativa” (MSC 0443).

Para obtener más información sobre sus derechos, lea el Aviso de derechos de audiencia (OHP 3030). Puede encontrar estos formularios y más información en línea en: oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/appeals-hearings.aspx.

Si necesita ayuda, llame a servicios de atención para clientes del OHP al **800-273-0557** o envíe un correo electrónico a ask.ohp@odhsoha.oregon.gov.



2. Sus beneficios

- 18 [Atención primaria](#)
- 18 [Atención hospitalaria](#)
- 19 [Salud de los ojos \(atención del oculista\)](#)
- 20 [Salud dental](#)
- 22 [Salud mental](#)
- 23 [Medicamentos](#)
- 24 [Aprobación previa \(autorización previa\) para servicios, suministros, equipos médicos y medicamentos](#)
- 26 [Transporte](#)
- 27 [Nuevo plan de salud para adultos jóvenes con necesidades de salud especiales \(beneficios de YSHCN\)](#)
- 27 [Servicios para necesidades sociales relacionadas con la salud](#)
- 29 [Servicios integrales para niños y familias](#)
- 29 [Servicios de salud mental en el hogar y en la comunidad \(HCBS\)](#)



Sus beneficios



Atención primaria

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

- › Atención primaria
- › Atención de salud de ojos
- › Salud dental
- › Salud del comportamiento (incluye la salud mental y el tratamiento para el uso de sustancias)
- › Servicios integrales, un modelo de atención voluntaria e intensiva para niños con problemas de salud conductual-mental

Sus proveedores de atención médica actuales pueden aceptar o no la cobertura de la Tarjeta Abierta del OHP. Si usted no lo sabe, puede preguntarles.

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.



Atención hospitalaria

La atención y los servicios en el hospital para los miembros de la Tarjeta Abierta incluyen:

- › Cirugía (de emergencia y programada)
- › Visitas a la sala de urgencias
- › Atención de trasplantes
- › Atención de emergencia de salud mental
- › 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.**



Para obtener ayuda o 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



Definición de palabras

Atención primaria: El médico que cuida de su salud (también conocido como PCP). 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.

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

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 la OHA paga su atención médica. La OHA cubre todos los servicios no cubiertos por la CCO.

Autorización previa (aprobación previa): A veces, su proveedor de atención médica debe enviar información al OHP antes de que la Tarjeta Abierta del OHP pague sus servicios o medicamentos. El OHP revisa la información y luego envía un documento que dice si su plan va a pagar o no. A este proceso se le llama autorización previa o aprobación previa.



Sus beneficios



Para obtener ayuda o más información

Para obtener [más información sobre salud de los ojos](#), llame a servicios para clientes al 800-273-0557 o visite oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/benefits.aspx.



Definición de palabras

- › **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 que hace un profesional de la salud y que casi no tiene riesgo de causar daño al paciente. Ejemplos: exámenes físicos, extracción de sangre y vacunas contra la influenza.
- › **Cubierto (beneficios):** Los servicios por los que paga su plan de atención médica.



Salud de ojos (Atención del oculista)

El OHP cubre algunos servicios de salud de los ojos (por ejemplo, exámenes de la vista). La cobertura cambia según su edad y sus necesidades médicas. Hable con su proveedor para saber si usted cumple con los requisitos.

Servicios para miembros de 20 años o menos:

- › Exámenes de la vista, y anteojos o lentes de contacto.

Servicios para miembros durante el embarazo (y hasta 12 meses después de terminado el embarazo):



- › Exámenes de la vista, y anteojos o lentes de contacto.

Servicios para miembros de 21 años o más:

- › Un examen de la vista de rutina cada 24 meses.
- › Los anteojos o lentes de contacto solo están cubiertos si usted tiene ciertas condiciones en los ojos, por ejemplo:
 - › Si recibió un diagnóstico médico de afaquia, pseudoafaquia, afaquia congénita, o queratocono.
 - › Si no tiene lentes naturales en el ojo (por ejemplo, después de una cirugía de cataratas o desde el nacimiento).
 - › Si le hicieron un trasplante de córnea (queratoplastia).

Algunos servicios de salud de ojos pueden requerir una aprobación previa.



Sus beneficios



Salud Dental

Su dentista de atención primaria es el dentista que cuida de sus dientes y encías. **Prestan servicios como los que se muestran abajo. Todos están cubiertos por la Tarjeta Abierta del OHP.**

- › Visitas al dentista cada año para revisar y limpiar los dientes.
 - › Tratamiento para caries o dolor.
 - › Empastes.
 - › Extracción de dientes.
 - › Atención de emergencia si un diente se rompe, se cae o tiene una infección.
 - › Prótesis dentales para algunas personas.
 - › Selladores dentales para niños.
 - › Aplicación de barniz de flúor.
 - › Coronas (para algunas personas).
 - › Tratamientos de conducto para algunos dientes.
 - › Aparatos de ortodoncia o brackets (hasta los 20 años, con aprobación, en casos como labio leporino, paladar hendido, o cuando la mandíbula está desalineada o los dientes no encajan bien al cerrar la boca).
 - › Intérpretes en sus citas.
 - › Transporte hacia sus citas y de regreso.
 - › Recetas de su dentista que usted retira en la farmacia.
 - › Se pueden cubrir servicios adicionales para menores de 20 años. Encuentre más información en la sección “Atención para menores” en la [página 31](#).
- El proveedor puede referir a los miembros a un especialista dental. Si necesita atención dental especial, su dentista le dirá a qué especialista debe ir. Estos son algunos de los especialistas dentales:**
- › Endodoncistas (para algunos tratamientos de conducto).



Para obtener ayuda o más información

Para más información, comuníquese con el consultorio de su dentista.

Para encontrar un dentista o cambiar a otro consultorio dental, llame al 800-562-4620

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

- › **Necesidades dentales urgentes o de emergencia:** Atención dental que necesita de inmediato, por lo general, el mismo día. Puede ser dolor fuerte u otro problema grave en los dientes o la boca.
- › **Proveedor de servicios de salud:** Una persona o grupo de personas con licencia que ofrecen servicios de atención médica. Por ejemplo, doctores, dentistas o terapeutas.
- › **Referido:** Cuando su médico principal (el médico de atención primaria) lo envía a un especialista para recibir más atención.
- › **Especialista:** Un médico capacitado para atender una parte del cuerpo o un tipo de enfermedad.



Sus beneficios

- › Especialistas pediátricos (para niños y adultos con necesidades especiales).
- › Periodoncistas (para encías).
- › Cirujanos orales (para extracciones que son complicadas o que necesitan sedación o anestesia general).
- › Ortodoncistas (para aparatos de ortodoncia o brackets).

Las personas embarazadas pueden recibir beneficios de cobertura adicional con la Tarjeta Abierta del OHP Plus Suplementario. Estos beneficios adicionales duran todo el embarazo y por 12 meses después de que termine el embarazo. Algunos beneficios son:



- › Citas más rápidas.
- › Limpiezas adicionales para dientes y encías.
- › Aplicaciones extra de barniz de flúor (para proteger sus dientes).
- › Tratamientos de conducto para otros dientes.

Cobertura del OHP solo para atención dental

Algunas personas que no califican para el OHP completo pueden recibir un programa de OHP solo para atención dental.

- › **Programa Dental para Veteranos:** es para aquellas personas que sirvieron en el ejército de los Estados Unidos. Aunque sus ingresos sean muy altos para recibir el OHP completo, aún puede calificar para este programa solo de servicios dentales. Debe presentar prueba de una baja honorable y cumplir con los requisitos de ingresos.

Más información sobre el Programa Dental para Veteranos: [OHA/HSD/OHP/Tools/Veteran-Dental.pdf](https://oha.hsd.ohp/tools/veteran-dental.pdf).

Programa Dental COFA: El *Compact of the Free Association* (Pacto de Libre Asociación, COFA) es un acuerdo entre los Estados Unidos y la República de Palau, la República de las Islas Marshall y los Estados Federados de Micronesia. Los ciudadanos de estos países pueden vivir, trabajar y estudiar legalmente en los Estados Unidos. Para calificar para este programa, debe vivir en Oregon y cumplir con los requisitos de ingresos.



Para obtener ayuda o más información

Aprenda más sobre el Programa Dental COFA en estos idiomas. Para pedir otros idiomas, llame al 800-699-9075. Para recibir ayuda con la solicitud, visite OregonHealthCare.gov/get-help.

- › **Inglés** oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/COFA-Dental.pdf.
- › **Chuukés** oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/COFA-Dental_Chukese.pdf.
- › **Marshallés** oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/COFA-Dental_Marshallese.pdf.
- › **Palauano** oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/COFA-Dental_Palauan.pdf.
- › **Pohnpeiano** oregon.gov/oha/HSD/OHP/Tools/COFA-Dental_Pohnpeian.pdf.



Sus beneficios



Salud mental

La atención de salud mental incluye 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)
- › Coordinación de cuidados
- › Manejo de casos
- › Servicios de emergencia
- › Evaluaciones y consultas
- › Hospitalización
- › Manejo de medicamentos
- › Medicamentos
- › Servicios proporcionados por compañeros
- › Tratamiento residencial
- › Terapia

Si tiene problemas con el alcohol o las drogas, no necesita ser referido para recibir ayuda. **Algunos de los servicios de tratamiento por uso de sustancias 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



Para obtener ayuda o más información

Para [más información sobre servicios de salud mental](http://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/benefits.aspx) visite: www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/benefits.aspx. Si usted o alguien que usted conoce está en peligro, llame inmediatamente al 988.



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 para 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

- » Buprenorfina
- » Vivitrol
- » Otros medicamentos que ayudan a disminuir o detener el uso de alcohol o drogas



Medicamentos

¿Quién pagará sus medicamentos?

Asegúrese de que su farmacia conozca toda su cobertura médica, incluidas:

- › La Tarjeta abierta del OHP.
- › Organización de Atención Coordinada (CCO).
- › Medicare Parte D
- › Seguro médico privado.

Su farmacia deberá cobrarles a estos planes primero. Por ejemplo:

- › Si usted tiene Medicare Parte D o un seguro médico privado, la farmacia les cobra a ellos primero.
- › La Tarjeta Abierta paga los medicamentos para salud mental y física (solo si otras coberturas no lo hacen). Para saber si un medicamento específico está cubierto, pregúntele a su proveedor de servicios de salud.
- › Si usted está en una CCO, esta le pagará sus medicamentos de salud física.
- › Si usted tiene Medicare Parte D, la Tarjeta Abierta solo pagará algunos medicamentos que no estén cubiertos por Medicare Parte D o por la cobertura de medicamentos del plan Medicare Advantage.
- › Si tiene un seguro privado y la Tarjeta Abierta del OHP, el OHP le ayudará con los copagos, según la situación.
- › Planes dentales para veteranos y planes dentales COFA: Moda Health pagará algunos medicamentos. No necesita pagar nada por los medicamentos que estén cubiertos por su plan.

Puede ser que usted tenga que pagar los medicamentos si:

- › Firmó un formulario de acuerdo de pago en la farmacia.

- › Tiene Medicare, pero no tiene cobertura de medicamentos de Medicare Parte D, y la receta habría estado cubierta por Medicare Parte D.

Si usted cree que no debería haber tenido que pagar un medicamento, llame a servicios para clientes del OHP al **800-273-0557**.

Sus proveedores de atención médica tienen que decirle si los medicamentos están cubiertos por la Tarjeta Abierta del OHP antes de recetárselos. Ellos pueden verificar esto en tiempo real usando el sistema de cobertura del OHP.

¿Cuáles son los medicamentos que están cubiertos?

La Tarjeta Abierta del OHP cubre los medicamentos que están en la **Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL)**.

- › Puede ver esta lista en: <http://orpdf.org/>.
- › Necesita el nombre exacto de su medicamento.

Medicare más OHP: El OHP solo cubre los medicamentos que ningún plan de Medicare cubrirá, y solo si están en la lista de medicamentos cubiertos por el OHP.

Miembros de una CCO: Los medicamentos están cubiertos si están en la lista de medicamentos cubiertos por su CCO.

- › Llame al servicio de atención para clientes de su CCO o revise la lista en su página web.

Si tiene preguntas, puede llamar al servicio de atención para clientes al **800-273-0557**.

¿Cómo obtiene sus medicamentos?

Necesita tener las recetas: El OHP solo pagará sus medicamentos si los receta un médico.



Sus beneficios

Maneras en las que los proveedores de servicios de salud le envían las recetas:

- › Electrónicamente o por fax a la farmacia.
- › Receta escrita para que usted la lleve a la farmacia.

Esto necesitará cuando esté en la farmacia:

- › Su identificación (licencia de conducir o identificación de otro estado).
- › Tarjetas de cobertura médica.

Si no tiene una identificación emitida por el gobierno, pregunte en la farmacia qué puede usar.

Límites de suministro: Puede recibir hasta un suministro de su medicamento para 100 días, según lo que diga la receta.

Si un medicamento no está cubierto, pregunte si su proveedor está inscrito en el Plan de Salud de Oregon (OHP). Si está inscrito, pregunte:

- › ¿Es muy pronto para volver a obtener el medicamento, o la cantidad es demasiado grande?
- › ¿Hay otro medicamento que funcione igual y que esté cubierto?
- › ¿Este medicamento necesita una autorización previa del OHP?
- › ¿Podemos solicitar medicamentos gratuitos al programa de asistencia para pacientes de la compañía farmacéutica?

Si el OHP le niega una solicitud de aprobación previa (autorización previa), usted puede pedirle a su proveedor que presente una apelación y envíe la documentación necesaria.

Su farmacia

Usted puede surtir sus recetas en una farmacia diferente y hacer que el OHP las pague si tiene una necesidad urgente y cuando:

- › Su farmacia esté cerrada.

- › No pueda ir a su farmacia, incluso utilizando el servicio de transporte del OHP.
- › Su farmacia no tenga el medicamento que le recetaron.

Si usted es parte de una CCO, su carta de cobertura le dice a qué farmacia puede ir. Siempre que sea posible, deberá conseguir sus medicamentos en esta farmacia.

Si usted no está en una CCO, entonces su carta de cobertura no incluirá ninguna farmacia.



Aprobación previa (autorización previa) para servicios, suministros, equipos médicos y medicamentos

¿Qué es la aprobación previa (autorización previa)?

A veces, antes de que pueda recibir atención, suministros o medicamentos, su proveedor de servicios de salud debe enviar información al OHP para obtener permiso de pago.

- › Su proveedor de servicios de salud envía la información al OHP.
- › El OHP la revisa.
- › El OHP envía una carta en la que le informan si pagarán o no.
- › Este proceso se llama “aprobación previa” (autorización previa).

Si el OHP dice que sí, su plan paga.

Si el OHP dice que no, es posible que usted tenga que pagar por su cuenta si aún desea el servicio o el medicamento.

En los casos en los que el OHP no pueda pagar por los servicios o medicamentos solicitados, es posible que usted tenga que pagar por su cuenta si desea recibirlos.

En las páginas que siguen, verá una lista de los servicios de atención médica y medicamentos que podrían necesitar aprobación previa (autorización previa).

Además de los servicios que aparecen en la lista, es



Sus beneficios

posible que necesite aprobación previa (autorización previa) si:

- › Las investigaciones demuestran que el servicio o el medicamento pueden no funcionar para algunas personas.
- › Las investigaciones muestran que el servicio o el medicamento pueden no ser seguros para algunas personas.
- › Un medicamento de menor costo puede funcionar igual de bien.

Obtener aprobación de servicios

Los servicios de atención médica que podrían necesitar aprobación previa (autorización previa) incluyen:

- › Servicios dentales (atención para sus dientes, boca y encías).
- › Equipo y suministros médicos de larga duración (como sillas de ruedas y camas de hospital).
- › Atención médica en casa (ayuda en el hogar. Por ejemplo, ayuda para bañarse y alimentarse).
- › Hospitalizaciones (tiempo que pasa en un hospital).
- › Servicios de radiología (radiografías o resonancias magnéticas que ayudan a diagnosticar problemas de salud).
- › Suministros médicos (como pañales y catéteres).
- › Medicamentos que no se encuentran en la lista de medicamentos preferidos (medicamentos que la Tarjeta Abierta del OHP no cubre automáticamente).
- › Servicios de proveedores de servicios de salud que están fuera de la red. Por ejemplo, terapia ocupacional (ejercicio o tratamiento que le ayuda a realizar actividades diarias y a reducir, prevenir o adaptarse a discapacidades).
- › Servicios o atención fuera del estado (servicios o atención que usted reciba fuera de Oregon).
- › Terapia física (ejercicio o tratamiento para ayudarlo a moverse mejor, reforzar sus músculos o aliviar el dolor).

- › Servicios de parto planificado en la comunidad.
- › Servicios de especialidad (un doctor lo referirá si usted lo necesita).
- › Servicios de habla y lenguaje (servicios para personas con dificultades para comunicarse, comer, beber o tragar).
- › Trasplantes (reemplazo de órganos o tejidos).
- › Servicios de salud para los ojos para personas adultas no embarazadas mayores de 21 años (exámenes de la vista, anteojos o lentes de contacto).

Si necesita una receta de inmediato y no puede esperar la aprobación, su farmacia le dará un formulario de acuerdo para pagar por los servicios de la farmacia. Si usted lo llena y lo firma, significa que está de acuerdo en pagar por su cuenta el medicamento recetado. Si el OHP lo aprueba después, la farmacia le devolverá su dinero.

Para saber qué medicamentos necesitan aprobación previa (autorización previa), su proveedor de servicios de salud puede revisar la lista de medicamentos preferidos de la Tarjeta Abierta del OHP en: orpd.org/drugs. La lista se actualiza a menudo.

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



Sus beneficios



Transporte

Puede obtener servicios de transporte gratis para ir al lugar donde recibe la atención médica que cubre la Tarjeta Abierta del OHP. Esto puede incluir visitas médicas, dentistas, farmacias y otros proveedores de servicios de salud.

¿Qué tipo de transporte puedo obtener?

Usted puede tener acceso a servicios de transporte local, autobús o taxi. En algunos casos, con la Tarjeta Abierta del OHP usted puede recibir una devolución de dinero por gastos de viaje, como gasolina, comida 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 servicio de transporte hacia o desde el lugar donde recibe servicios cubiertos por el OHP.

¿Cómo programo un viaje?

Por lo menos dos días antes de su cita, llame a la compañía de *Non-Emergency Medical Transportation* (NEMT o Transporte Médico de No Emergencia) de su condado.

¿Qué pasa si necesito ir a una cita hoy o mañana?

Llame a la compañía de 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 tengo un problema con el proveedor de NEMT?

Si aún necesita ayuda después de llamar a su servicio de transporte local, o si tiene un problema con el servicio de transporte, puede comunicarse con el servicio para clientes llamando al **800-273-0557** o enviando un correo electrónico a ask.ohp@odhsoha.oregon.gov.

Para obtener más información sobre el servicio de transporte, vea la sección “Información adicional”, letra A en la [página 61](#) (Más información acerca del transporte a sus citas). Esta sección está al final de este manual. También puede visitar el sitio web: OHP.Oregon.gov/Rides.



¿Qué pasa si se trata de una emergencia?

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

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



Compañías de Transporte Médico de No Emergencia (Non-emergency medical transportation, NEMT)

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



Sus beneficios



Nuevo plan de salud para adultos jóvenes con necesidades de salud especiales (beneficios de YSHCN)

¿Quiénes pueden recibir esta cobertura?

Usted puede calificar para recibir beneficios de YSHCN si cumple con lo siguiente:

- › Tener entre 19 y 21 años.
- › Vivir en Oregon.
- › Tener un ingreso individual o familiar de hasta el 205 % del nivel federal de pobreza.
- › Tener (o estar en riesgo de tener) un problema de salud que califique y que haya comenzado antes de los 19 años. Estos pueden incluir:
 - » Una discapacidad física, intelectual o del desarrollo.
 - » Un problema de salud que ha tenido durante mucho tiempo.
 - » Un problema de salud mental, uso de sustancias o condición del neurodesarrollo (que afecta el desarrollo del cerebro).

Proceso de solicitud e inscripción

- › Las solicitudes se procesan a través del sistema ONE. Puede presentar su solicitud en línea. Si prefiere, también puede presentar su solicitud en papel a través del sistema ONE.
- › Los miembros actuales del OHP que califiquen para los beneficios de YSHCN recibirán automáticamente un mensaje a través del sistema ONE o por correo postal.
- › Las personas que solicitan el OHP por primera vez pueden completar un cuestionario de evaluación en el sistema ONE o mediante una solicitud en papel. Puede obtener la solicitud en OHP.Oregon.gov/Apply.
- › Visite Oregon.gov/YSHCN para obtener más información sobre este beneficio y cómo presentar la solicitud.

Beneficios incluidos en YSHCN

Las personas con beneficios de YSHCN pueden acceder a beneficios adicionales de salud de ojos, salud dental y otros servicios hasta los 26 años. Normalmente, esta cobertura termina a los 21 años. Esto quiere decir que el OHP cubre más servicios, como atención con especialistas, equipos médicos o medicamentos que el OHP normalmente no cubre.

En la página 32 encontrará más información sobre la cobertura completa adicionales para miembros menores de 21 años y para adultos jóvenes con necesidades de salud especiales.

Más información

Si tiene preguntas sobre los beneficios para jóvenes adultos con necesidades de salud especiales (YSHCN), comuníquese con servicios para clientes.

Llame al: **800-273-0557**

Correo Electrónico: yshcn.info@oha.oregon.gov.

Encuentre información en línea en: www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/special-health-care-needs.aspx



Servicios para necesidades sociales relacionadas con la salud

Las necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) son necesidades en su vida diaria, como de dinero, vivienda o comida, que pueden afectar su salud y bienestar. Estos servicios brindan ayuda gratuita a los miembros del OHP que están pasando por cambios importantes en su vida.

Puede encontrar más información en:

oregon.gov/OHA/HSD/Medicaid-Policy/Pages/HRSN.aspx



Sus beneficios

Comuníquese con la Tarjeta Abierta del OHP al **888-834-4304** para conocer los servicios gratuitos disponibles. Los servicios de HRSN incluyen:

Servicios de vivienda:

- › Ayuda para pagar el alquiler, los servicios públicos o las tarifas de almacenamiento (incluidos pagos atrasados) por hasta seis meses.
- › Servicios relacionados con el alquiler: ayuda para entender su contrato de alquiler, hablar con su propietario y acceder a otros recursos que puedan ayudarle.
- › Cambios para la seguridad del hogar: control de plagas, limpieza profunda, instalación de rampas, barras de apoyo o tiradores.
- › Cambios en el hogar para mantener su salud durante clima extremo: aires acondicionados, calefactores, filtros de aire, mini refrigeradores o fuentes de energía portátiles.
- › Cada beneficio de vivienda tiene distintos requisitos. Estos pueden incluir cosas como tener ciertos ingresos, cierta edad o un contrato de alquiler.

Para obtener más información y encontrar los formularios de solicitud visite:

<https://www.oregon.gov/oha/SD/OHP/Pages/Housing.aspx>

Servicios de nutrición:

- › Aprender sobre nutrición puede ayudarle a elegir alimentos más saludables y mejorar su salud.
- › Si tiene ciertos problemas de salud, puede recibir comidas que se adapten a sus necesidades médicas y de nutrición.

Obtenga más información y encuentre un formulario de solicitud en este sitio web:

<https://www.oregon.gov/OHA/HSD/OHP/Pages/Nutrition.aspx>

Servicios de alcance comunitario y participación:

Las organizaciones comunitarias pueden ayudarle a:

- › Pedir los beneficios de HRSN.
- › Encontrar otros servicios que usted necesite.

Usted puede recibir algunos o todos los servicios de HRSN si es miembro del OHP y cumple una o más de las siguientes condiciones:

- › No tiene vivienda o puede quedarse sin vivienda pronto.
- › Recibió atención en un programa residencial de tratamiento de salud mental o de uso de sustancias, o en un programa psiquiátrico en un hospital, en los últimos 12 meses.
- › Estuvo encarcelado (en una cárcel o prisión) durante los últimos 12 meses.
- › Está o estuvo involucrado con el sistema de bienestar infantil de Oregon.
- › Es un joven adulto con necesidades especiales de salud.
- › Pasó a tener cobertura dual con el OHP y Medicare en los últimos nueve meses o pasará a tener estatus doble en los próximos tres meses.

Cómo hacerse una evaluación para los servicios de HRSN

Para saber si puede recibir los servicios de HRSN, llame al **888-834-4304**.

Puede obtener:

- › Ayuda para programar una cita para una evaluación.
- › Ayuda para obtener los servicios de HRSN, si usted cumple con los requisitos.

Puede completar su propio formulario de solicitud de HRSN. Los formularios están en muchos idiomas.

Si usted es miembro de la Tarjeta Abierta del OHP, envíe su formulario de HRSN completo a ORHRSN@acentra.com.



Sus beneficios

¿Qué sucede después de la evaluación?

Usted puede decir “no” a una evaluación, pero si no se realiza la evaluación, podrían no aprobar los servicios.

Si está aprobado:

- › Puede elegir recibir o no los servicios de HRSN que le ofrecen.
- › Los servicios son gratuitos. Puede dejar de recibirlos en cualquier momento.
- › Si recibe servicios de HRSN, su equipo de coordinación de cuidados los pondrá en su plan de cuidados si usted decide usarlos.

Si no está aprobado:

- › Puede preguntar a la coordinación de cuidados sobre otros recursos.
- › Puede apelar si piensa que usted sí califica.

Importante: Para revisar si usted puede recibir servicios de HRSN, se usará parte de su información personal. Esta información puede compartirse con las personas que le brindan los servicios.

¿Preguntas?

Los miembros de la Tarjeta Abierta del OHP pueden llamar al **888-834-4304**.

Miembros de la CCO: Pregunte a su CCO cómo llenar este formulario.



Servicios integrales para niños y familias

Los miembros de la Tarjeta Abierta del OHP pueden recibir servicios integrales (wraparound services) para los menores en crisis por problemas de salud mental o uso de sustancias. Se trata de un proceso voluntario que ayuda a los niños y a sus familias a manejar los problemas de salud mental/ del comportamiento del menor.

Estos servicios son para menores de hasta 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 del OHP, como la Tarjeta Abierta.

A través de los servicios integrales, un equipo de personas capacitadas brindan al joven y a su familia ayuda para satisfacer sus necesidades, incluida ayuda en casos de crisis y servicios de seguridad. El equipo también puede ayudarles a crear un plan para lograr metas positivas para su futuro.

Los servicios integrales están disponibles en todos los condados de Oregon. Una vez que menor es aprobado para recibir servicios integrales, puede recibirlos hasta los 25 años de edad.

Los servicios y la elegibilidad se deciden caso por caso en cada comunidad local.



Servicios de salud mental en el hogar y en la comunidad (HCBS)

¿Qué son los HCBS de salud mental?

Los HCBS son servicios y apoyo para los miembros del OHP que:

- › Tienen 21 años o más.
- › Tienen un diagnóstico de salud mental que califica, y
- › necesitan ayuda con al menos dos actividades del día a día debido a su salud mental.

Estos servicios y apoyo son pagados por Medicaid y ayudan a las personas a vivir en su hogar o en la comunidad. La Autoridad de Salud de Oregon ofrece estos servicios y apoyo a través de una opción de plan estatal llamada 1915(i).

¿Quién coordina estos servicios y apoyo?

La OHA trabaja con Comagine Health para decidir quién califica para recibir estos servicios. Comagine Health también se conoce como el agente calificado independiente (IQA) de la OHA. Puede comunicarse con Comagine Health



Sus beneficios

por su cuenta, o su proveedor puede referirlo.

Comagine Health hará lo siguiente:

- › Revisará si usted cumple con los requisitos.
- › Hará una evaluación.
- › Trabjará con usted, el equipo que le brinda cuidados y con su coordinador de cuidados para crear un plan de servicios centrado en la persona que responda a sus necesidades, metas y preferencias.

El objetivo es ayudarle a lograr resultados positivos en su salud, estabilidad e independencia.

Tipos de servicios incluidos en los HCBS:

Ayuda y servicios integrados basados en la comunidad:

Le ayudan a ser más independiente, a hacer sus actividades diarias y a conectarse con su comunidad. Estos servicios le ayudan a aprender (o volver a aprender) habilidades sociales y de la vida diaria, y a participar en actividades que son importantes para usted.

- › Limpieza ligera, cocina y lavandería.
- › Ir a la tienda, la biblioteca o eventos.
- › Crear rutinas diarias.

Rehabilitación psicosocial (RPS)

Le ayudan a crear rutinas diarias, conectarse con otras personas y desarrollar habilidades para manejar su salud mental fuera de los entornos clínicos.

Estos servicios ayudan a que se recupere y participe en la vida del hogar, el trabajo o la comunidad.

- › Servicios de salud mental individuales, grupales o familiares.
- › Habilidades para enfrentar situaciones y regularse uno mismo.
- › Desarrollo de habilidades enfocadas en la recuperación.
- › Resolución de conflictos y solución de problemas.
- › Habilidades sociales y construcción de relaciones.
- › Planificación y manejo de las tareas diarias.

Cuidado personal en su hogar:

Apoyo con actividades diarias personales para que pueda permanecer en su hogar. La cantidad de ayuda depende de sus necesidades. Un asistente de cuidado personal (PCA) brinda esta atención en su hogar.

- › Baño, arreglo personal y ayuda para vestirse.
- › Preparación de comidas y limpieza.
- › Recordatorios de medicamentos.
- › Ayuda para caminar y para levantarse o acostarse.
- › Apoyos cognitivos (para el pensamiento) y revisiones de seguridad.
- › Uso del baño y cuidado de la incontinencia.

Rehabilitación residencial:

Apoyo las veinticuatro horas en un hogar o centro de tratamiento residencial (no un hospital). Ayuda para controlar los síntomas, recibir terapias intensivas y poder ser más independiente con apoyo regular.

- › Manejo de medicamentos.
- › Apoyo para la vida diaria.
- › Servicios de recuperación de salud mental.
- › Desarrollo de habilidades individuales y grupales.
- › Planificación para volver al hogar.

Usted o su proveedor pueden comunicarse con Comagine Health de la siguiente manera:

- › **Teléfono: 888-416-3184**
- › **Para llamadas TTY/TDD, marque 711 y luego nuestro número: 888-416-3184**
- › **Fax: 877-575-8309**
- › **Correo electrónico: ORBHSupport@comagine.org**
- › **Sitio web comagine.org/program/oregon-behavioral-health-support/members**

Para obtener más información sobre los servicios en el hogar y en la comunidad visite:

- › **Página web de HCBS 1915(i):**
oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/hcbs.aspx
- › **O envíenos un correo electrónico a:**
1915i.medicaidpolicy@odhsoha.oregon.gov



Atención para menores

- 32 [Cobertura completa y preventiva para menores de 21 años de edad](#)
- 34 [Más información](#)
- 35 [Programa de Nutrición Suplementaria de Oregon para Mujeres, Infantes y Niños \(WIC\)](#)



Atención para menores



Cobertura completa y preventiva

Esta cobertura está disponible para los miembros menores de 21 años y para adultos jóvenes con necesidades de salud especiales (*Young Adults with Special Health Care Needs, YSHCN*).

Programa de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)

El Plan de Salud de Oregon ahora cubre a niños y jóvenes hasta los 21 años, y a quienes tienen beneficios de YSHCN, para todas las atenciones médicas o dentales que sean necesarias y apropiadas.

Incluye:

- › Evaluaciones.
- › Chequeos.
- › Pruebas y atención de seguimiento.
- › Servicios que antes no estaban cubiertos, como atención con especialistas, medicamentos y equipo médico.

Este grupo de edad tiene más servicios de salud cubiertos que aquellos miembros del OHP mayores de 21 años. **Los miembros del OHP menores de 21 años, y quienes tienen beneficios de YSHCN pueden recibir la atención médica necesaria y apropiada (tanto médica como dental). Esto incluye:**

- › Atención para sus hijos cada vez que estén enfermos o lesionados.
- › Seguimiento después de recibir los servicios.
- › 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, entre otros).
- › Otros servicios para la salud mental y el comportamiento.

- › Atención dental.
- › Atención con especialistas.
- › Servicios en casa.
- › Segundas opiniones (hablar con otro profesional de la salud sobre su diagnóstico o plan de tratamiento).

Incluso si a sus hijos se les hizo 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 en la escuela por una condición de salud o de desarrollo, o si empezaron nuevos servicios 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 agresivos).
- › Le preocupa que sus hijos no están alcanzando sus metas de desarrollo, no actúan como los demás niños de su edad, o tienen cambios en sus niveles de energía y actividad.

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

- › Puede preguntarles a los médicos de sus hijos si conocen las nuevas reglas de cobertura del Programa de EPSDT del OHP. Es posible que algunos proveedores de servicios de salud no hayan visto las actualizaciones.
- › Si su proveedor de servicios de salud dice que el OHP no cubrirá algo, pida recibir esa información por escrito. Su proveedor de servicios de salud no puede negarle la atención solo porque piensa que el OHP no cubrirá algo; primero debe preguntarle al OHP si está cubierto.

El aviso debe informarle:

- › Qué decisión se tomó y desde qué fecha empieza.
- › La razón de la decisión.
- › Las reglas del estado o las leyes federales usadas para tomar la decisión.
- › Cómo puede apelar (pedir que revisen la decisión) o pedir una audiencia.



Atención para menores

- › Que usted puede recibir ayuda de otra persona (un representante).

El aviso de rechazo por escrito incluirá pasos claros sobre cómo apelar la decisión. El aviso también le explicará cómo pedir una audiencia si usted no está de acuerdo con la decisión. Su proveedor también puede ayudarle a pedir una apelación o una audiencia.

Más información

El médico, especialista, terapeuta u otros proveedores de su hijo tendrán en cuenta las necesidades y el historial médico de su hijo para decidir qué atención está cubierta.

- › **“Medicamento necesaria”** significa que la atención se necesita para prevenir, detectar o tratar un problema de salud. También incluye atención que apoya el crecimiento, el desarrollo y las necesidades escolares de su hijo.
- › **“Médica o dentalmente apropiada”** significa que el tratamiento es seguro y funciona bien.

A veces, el proveedor debe enviar información al OHP para su aprobación. En esos casos, el OHP revisa esa información y puede pedir consejo a especialistas pediátricos antes de decidir.

¿Quiénes obtienen la cobertura?

Todos los miembros del OHP menores de 21 años y aquellos con beneficios de YSHCN. Entre ellos que se incluyen:

- › Miembros de la Tarjeta Abierta y del CCO.
- › Miembros inscritos en Healthier Oregon.

¿Por qué es importante?

Estos servicios ayudan a prevenir enfermedades o a encontrar señales de enfermedad a tiempo para comenzar el tratamiento adecuado. Estos servicios también ayudan a apoyar a los niños y jóvenes con discapacidad.

Si usted siente que sus hijos necesitan atención, esta cobertura puede ayudarle. Para buscar atención, hable con el proveedor de servicios de salud de sus hijos.

Programe visitas de rutina para sus hijos a estas edades:

- › 1 mes
- › 2 meses
- › 4 meses
- › 6 meses
- › 9 meses
- › 12 meses
- › 15 meses
- › 18 meses
- › 2 años
- › 2 años y medio
- › Cada año, desde los 3 hasta los 21 años de edad

Si usted piensa que sus hijos necesitan una evaluación o ser referidos a un especialista, hable con la persona que le brinda servicios de salud a sus hijos.



Atención para menores

Cosas que deberá considerar:

- › Para prepararse para los chequeos de sus hijos, utilice el Planificador de Visitas de Rutina. Esta es una herramienta de planificación gratuita que le ayudará a enfocarse en sus necesidades y objetivos: wellvisitplanner.org.
- › Hable con el coordinador de cuidados de la Tarjeta Abierta del OHP o con el coordinador de referencias de su clínica para agendar una cita. Estos coordinadores también pueden ayudarle si su proveedor de servicios de salud tiene dificultades 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**.
 - » Los miembros de la Tarjeta Abierta que son indígenas americanos y nativos de Alaska deben llamar a CareOregon al **844-847-9320** para acceder a la coordinación de cuidados.
- › Si le niegan los servicios, tiene derecho a solicitar una audiencia con el OHP.
- › Si necesita ayuda para entender estos procesos, póngase en contacto con servicios para clientes llamando al **800-273-0557**. También puede trabajar con uno de los socios comunitarios de confianza del OHP de la siguiente lista: OregonHealthCare.gov/GetHelp.
- › Si tiene alguna preocupación o problemas para obtener servicios, comuníquese con la OHA Ombuds Office en: OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov o **877-642-0450** (únicamente para dejar mensajes).
- › También puede comunicarse con el equipo del Programa de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT) por correo electrónico: EPSDT.Info@odhsoha.oregon.gov.



Más información

Servicios que el OHP puede cubrir cuando son necesarios y apropiados (médica o dentalmente) para un miembro menor de 21 años y aquellos con beneficios de YSHCN:

- › Sedación para procedimientos dentales.
- › Brackets (también llamados frenos) en casos de labio leporino, paladar hendido, o cuando el habla, la masticación u 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 correcto para ayudarle a aprender y crecer.
- › El tipo de terapia correcto en el momento adecuado para ayudarle a sus hijos a aprender y crecer. Si algo no funciona, el proveedor de servicios de salud puede ayudarle a encontrar un tratamiento o una terapia diferente.
- › Servicios de salud proporcionados por el personal escolar como parte de un programa de educación individualizado (IEP).
- › Reevaluaciones cuando algo cambia.

[Más información](https://oregon.gov/EPSTD) disponible en oregon.gov/EPSTD.



Atención para menores



Programa de Nutrición Suplementaria de Oregon para Mujeres, Infantes y Niños (*Nutrition Services and Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC*)

¿Qué es el WIC?

El WIC es el Programa de Nutrición Suplementaria de Oregon para Mujeres, Infantes y Niños. El 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 el WIC para sus hijos.



El WIC mejora la salud de las familias al brindar:

- › Educación sobre nutrición.
- › Apoyo para la lactancia y la alimentación.
- › Alimentos saludables.
- › Evaluaciones y referencias de salud.
- › Productos de fórmula suplementarios para bebés.

Interested in applying for WIC? Complete the [WIC Interest Form](#) or contact a [WIC Office](#) near you”.

¿Necesita un transporte para sus citas del WIC? ¡El OHP puede ayudar! Lea la sección “Transporte” en la [página 26](#)



¿Está embarazada o tiene a un recién nacido?

El OHP cubre servicios antes, durante y después del embarazo, incluidos servicios para bebés recién nacidos.

Para calificar para esta cobertura, asegúrese de hacer lo siguiente:

1. **Mantenga 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 obtener ayuda en varios idiomas.
 - › Encuentre una oficina o socio comunitario 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).
2. **Informe al OHP de su embarazo.** Después del nacimiento, informe al OHP el nombre y la fecha de nacimiento del recién nacido.
3. **Obtenga información sobre lo que está cubierto durante el embarazo [y reciba ayuda gratuita del OHP](#):** oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Pregnancy-Care.aspx.



Para obtener ayuda o más información

Para [conocer más sobre los servicios del WIC](#), incluidos los requisitos para ser elegible, los ingresos que debe tener para calificar, las direcciones de las clínicas, las listas de alimentos del WIC en Oregon y las actualizaciones del programa, visite: healthoregon.org/wic.

¿Está interesado en el WIC?

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



4. Emergencias

- 37 [Salud física](#)
- 37 [Salud mental](#)
- 38 [Salud dental](#)
- 38 [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. Se puede tratar también de una emergencia de salud mental, o de uso de sustancias. Por ejemplo, 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 necesitan 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:

- › Llame al **988**
- › Envíe un mensaje escrito al **988**, o
- › Chats en línea en inglés y en español:
988lifeline.org/chat
- › Visite la página 988lifeline.org

El 988 (Línea de la vida en casos 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 casos de suicidio y crisis) está disponible las 24 horas al día, los siete días a la semana. La **Línea de la Vida es para aquellas personas o sus seres queridos que se encuentren en crisis de salud mental, tales como:**

- › Sufrimiento relacionado con la 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 Estadounidense (ASL) pueden conectarse con un asesor capacitado:

- › Enviando un mensaje de texto al **988**
- › Enviando un mensaje de texto a 988lifeline.org/chat
- › Usando su servicio de retransmisión preferido o marcando 711 y luego 988 (para usuarios de TTY)
- › Visitando 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/



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

- 40 [Los miembros del OHP que sean Indígenas Americanos y Nativos de Alaska pueden inscribirse en la Tarjeta Abierta](#)
- 40 [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 Americanas o Nativas de Alaska pueden inscribirse en la Tarjeta Abierta del OHP. O, si lo desean, en una CCO. El OHP no lo inscribirá en una CCO a menos que usted lo solicite.



Coordinación de atención tribal de CareOregon para miembros de la Tarjeta Abierta que son Indígenas Americanos y Nativos de Alaska (AI/AN)

Si necesita ayuda para encontrar a un proveedor o para obtener atención médica, 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 indígena americano/nativo de Alaska (AI/AN). Según nuestra exención 1115, “indígena” o “indígena americano/nativo de Alaska” se define como:

- › Indígena y/o indígena americano/nativo de Alaska (AI/AN) es cualquier persona definida como tal según las leyes federales de los Estados Unidos. Estas leyes incluyen las secciones 25 USC 1603(13), 1603(28) y 1679(a), así como las reglas 42 CFR 136.12 y 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 Indígenas tienen con el gobierno federal, y no tiene que ver con 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 ciertos propósitos del gobierno federal. En la actualidad hay 574 Tribus reconocidas a nivel federal.



6. Ayuda

- 42 [Póngase en contacto con nosotros](#)
- 43 [Coordinación de cuidados](#)



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 agendar una cita.
- › Si tiene problemas para encontrar a un proveedor de servicios de salud cerca de usted.
- › Si le faltan al respeto o no lo entienden.
- › Si le dieron un tratamiento con el que no se sentía seguro, pero de todos modos se lo dieron.
- › Si le llegaron cobros por servicios que usted no aceptó 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 Autoridad de Salud de Oregon (OHA) de cualquiera de estas maneras:

Servicios para clientes del OHP: pueden ayudarle si tiene problemas con su atención médica, sus facturas o sus beneficios. Llame al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión) de 8 a. m. a 5 p. m. de lunes a viernes, o envíe un correo electrónico a Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov.

- › Para exponer una pregunta, problema o queja con el servicio para clientes del OHP, o para pedir ayuda en línea al servicio para clientes del OHP, visite el sitio

web: OHP.Oregon.gov/CSU.

Línea de consulta con un profesional de enfermería: puede ayudarle fuera del horario normal de atención. Llame al **800-562-4620**, disponible las 24 horas al día, todos los días.

Servicio al cliente de elegibilidad ONE: puede ayudarle a solicitar, renovar o informar cambios en su OHP. Llame al **800-699-9075** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión) de lunes a viernes de 7 a. m. a 6 p. m.

Puede encontrar más información sobre cómo compartir sus inquietudes o quejas en: OHP.Oregon.gov/Complaints.

Programa Ombuds de la OHA

El Programa Ombuds de la OHA ayuda a los miembros del OHP a resolver preguntas o preocupaciones relacionadas con la cobertura, el acceso a los beneficios de salud mental, física o dental, y las negaciones de servicios. Los miembros tienen derecho a recibir ayuda gratuita del Programa Ombuds de la OHA

Para obtener ayuda llame 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. Una vez que se haya recibido su caso, le asignarán un defensor que trabajará con usted hasta resolver su problema o responder sus preguntas.

El Programa Ombuds de la OHA no es un servicio de emergencia. Los miembros pueden recibir una respuesta del Programa Ombuds de la OHA dentro de los cuatro días hábiles siguientes. Se protege la privacidad de cada miembro y no se compartirá su información si no se firmó un formulario de liberación de información.

Para obtener este formulario, llame al **877-642-0450**. El programa Ombuds de la OHA no compartirá ningún tipo



Ayuda

de información personal con nadie que no esté autorizado para recibirla.

Si no está contento con la forma en que la Tarjeta Abierta o su organización de atención coordinada (CCO) resolvieron sus preocupaciones, puede pedirle ayuda al programa Ombuds de la OHA en cualquier momento.

Correo postal: **500 Summer St. NE E20, Salem, OR 97301**
Fax: **503-934-5023**

Línea gratuita: **877-642-0450** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión).



Coordinación de cuidados

Reciba ayuda para organizar su atención con el servicio de coordinación de cuidados

El servicio de coordinación de cuidados es un beneficio gratuito del OHP. Ayuda a que todos sus proveedores de servicios de salud trabajen juntos para usted.

Todos los miembros del OHP pueden usar el servicio de coordinación de cuidados.

Usted, sus proveedores o alguien que hable en su nombre pueden pedir la coordinación de cuidados en cualquier momento, especialmente si tiene nuevas necesidades o si las necesidades actuales no se están atendiendo.

Llame al **800-562-4620** o visite el sitio ohpcc.acentra.com/member/ para obtener más información.

Cómo le puede ayudar el servicio de coordinación de cuidados

Los coordinadores de cuidados pueden:

- › Explicarle sus beneficios del OHP y cómo funcionan.
- › Ayudarlo a comunicarse con una línea que esté disponible siempre para consulta con un profesional de enfermería.

- › Ayudarlo a hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica.
- › Darle información para que pueda tomar las mejores decisiones sobre su atención médica.
- › Ayudarlo a encontrar atención que respete y apoye sus necesidades culturales.
- › Ayudarlo a elegir un proveedor de atención primaria (PCP).
- › Ayudarlo a recibir atención de especialistas.
- › Ayudarlo a programar citas médicas y pruebas.
- › Ayudarlo a programar el transporte para sus citas médicas.
- › Ayudarlo a acceder a servicios de salud mental y de comportamiento en su hogar, en la comunidad o en un lugar con atención las 24 horas.
- › Ayudarlo a encontrar atención de salud mental y de comportamiento, o tratamiento para problemas con las drogas o el alcohol.
- › Ayudarlo a comunicarse con el coordinador de cuidados adecuado si usted no es uno de nuestros miembros.
- › Crear con usted un plan de cuidados para cubrir sus necesidades y alcanzar sus metas.
- › Trabajar con su CCO (si tiene una) para obtener los servicios.
- › Ayudarlo a trasladar su atención cuando cambie de lugar o de entorno de cuidado.
- › Ayudarlo a obtener la atención y los recursos que necesita para sentirse seguro, apoyado y bien cuidado.

Planes de cuidado

Usted y el equipo que le brinda cuidados decidirán si necesita un plan de cuidados. Si lo necesita:

- › Usted, sus proveedores y el equipo que le brinda cuidados deben crear el plan de cuidado.
- › El plan muestra los servicios y la ayuda que le servirán para cumplir sus metas.



Ayuda

- › El plan incluye sus necesidades médicas, dentales, culturales, de desarrollo, de comportamiento y sociales.
- › Su plan de cuidados se actualizará al menos una vez al año. También puede actualizarse antes si cambian sus necesidades o si usted pide una revisión.
- › Usted, su representante y sus proveedores recibirán una copia del plan de cuidados.
- › Tanto usted, como su representante o su proveedor pueden pedir una copia del plan de cuidados o solicitar hacer uno.

Llame al: **800-562-4620**

Correo electrónico: ORCM@acentra.com

Para comunicarse con la línea de coordinación de cuidados, llame al **800-562-4620** de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

La Tarjeta Abierta del OHP le dirá quién es su coordinador de cuidados. Si hay un cambio, ellos lo llamarán y le enviarán una carta.



7. Sus derechos

- 46 [Registros de atención médica](#)
- 50 [Cómo reportar fraude](#)
- 51 [Cómo reconocer e informar el abuso, la falta de cuidado \(negligencia\) y la explotación](#)
[Cómo reportar fraude](#)



Sus derechos

Como miembro de la Tarjeta Abierta del OHP, usted tiene ciertos derechos. Obtenga más información sobre los derechos de los miembros del OHP en OHP.Oregon.gov/Rights. Usted tiene derecho a:

- › Acceder a transporte médico seguro para citas médicas que no sean de emergencia (*non-emergency medical transportation, NEMT*).
- › Ser tratado con dignidad y respeto, igual que los demás pacientes.
- › Que le expliquen los materiales escritos de forma clara y fácil de entender.
- › Acceder al material escrito en otros idiomas, braille, letra grande, audio u otros formatos.
- › Elegir a sus proveedores de servicios de salud.
- › Informar a su proveedor sobre todas sus preocupaciones de salud.
- › Llevar a un amigo o ayudante a sus citas.
- › Recibir ayuda gratuita de un intérprete médico certificado o calificado por la OHA, en su idioma, en todas sus citas médicas.
- › Obtener información sobre todas sus opciones de tratamiento cubiertas y no cubiertas.
- › Participar en las decisiones sobre su atención médica, e incluso negarse a recibir un tratamiento.
- › No ser sujetado físicamente ni aislado de otras personas como una forma de:
 - » Obligarle a hacer algo que usted no quiere hacer.
 - » Hacer que para sus proveedores sea más fácil brindarle atención.
 - » Castigarle por algo que dijo o hizo.
- › Recibir una referencia o una segunda opinión, si la necesita.
- › Recibir atención cuando la necesite, en cualquier momento del día o de la noche.
- › Recibir servicios de salud del comportamiento (salud mental y tratamiento para trastornos por uso de sustancias) y servicios de planificación familiar sin necesidad de una referencia.
- › Recibir ayuda para tratar la adicción a los cigarrillos, el alcohol y las drogas sin necesidad de una referencia.
- › Recibir manuales y cartas que pueda entender.
- › Ver y obtener una copia de sus registros de salud, a menos que la ley no lo permita.
- › Decidir quién puede ver sus registros de salud.
- › Recibir una notificación si se le niega un servicio o si cambia el nivel de su servicio.
- › Obtener información y ayuda para apelar y solicitar una audiencia cuando le nieguen un servicio o una aprobación previa.
- › Presentar quejas y recibir una respuesta sin recibir maltrato por parte de su plan o su proveedor.
- › Obtener ayuda gratuita del Ombuds Program de la OHA. Vea la sección Ombuds Program en la [página 42](#) para obtener más información.



Registros de atención médica

Resguarde la privacidad de su información médica

Usted tiene derecho a mantener en privado sus registros de salud. La ley *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 “*Notice of Privacy Practices*” (“Aviso de Prácticas de Privacidad”) explica cómo se usa su información personal y cuáles son sus derechos de privacidad. Para obtener una copia de este documento, llame a servicios para clientes del OHP al 800-273-0557 (se aceptan todas las llamadas de retransmisión). Puede encontrar este aviso en la [página 70](#), o en línea en sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/me2090.pdf.



Sus derechos

Obtenga una copia de sus registros médicos

Usted tiene derecho a actualizar y pedir copias de sus registros médicos de todos sus proveedores de servicios de salud. Comuníquese directamente con su proveedor para pedir las copias. Sus proveedores pueden cobrar una tarifa razonable por ellas.

Decida 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 quiere 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 tres tipos de 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 que no pueda hacerlo por su cuenta. También registra sus opciones acerca de qué tipo de atención médica desea, así como cosas muy importantes para usted acerca de sus objetivos de salud.
- › Órdenes médicas para apoyo vital: Es un registro que guarda la información sobre qué tipo de atención desea para el final de la vida. Se ingresa en un registro para que todos sus 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, si usted no puede hacerlo debido a una enfermedad mental.

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

Derechos de los menores de 18 años

Algunas veces, las personas menores de 18 años de edad desean o necesitan recibir servicios de atención médica por su cuenta. Para saber más, lea el folleto “*Understanding Minor Consent and Confidentiality in Health Care in Oregon*” (Comprender el consentimiento y la confidencialidad de la atención médica para menores de edad en Oregon), disponible en sharedsystems.dhsosha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.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.

Pida una apelación a su CCO

Si recibe un aviso de negación de un beneficio y es miembro de una CCO, debe apelar primero con su CCO dentro de los 60 días a partir de la fecha del aviso: OHP.Oregon.gov/CCO-Contacts.

Usted tiene derecho a recibir ayuda de un familiar, amigo, organización comunitaria, trabajador comunitario, proveedor de servicios de salud o defensor para su apelación con la CCO.

Para obtener más información sobre las apelaciones, visite el sitio web de apelaciones y audiencias de la OHP: oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/appeals-hearings.aspx.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de su CCO sobre su apelación, tiene derecho a pedir una audiencia a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) dentro de los 120 días.



Pida una audiencia con la Autoridad de Salud de Oregon (OHA)

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia gratuita con la OHA:

- › Tiene 60 días para solicitar una audiencia sobre cualquier decisión que diga si usted califica o no para recibir un beneficio.
- › Si es miembro de la Tarjeta Abierta del OHP y recibe un aviso que le niega un beneficio, tiene 60 días desde la fecha del aviso para pedir una audiencia con la OHA.
- › Si usted está en una CCO y no está de acuerdo con la decisión de la CCO sobre la apelación, tiene derecho a una audiencia con la OHA. Tiene 120 días desde la fecha de la negación de la CCO sobre su apelación para pedir una audiencia con la OHA.

Usted tiene derecho a que un familiar, un amigo, una organización comunitaria, un trabajador comunitario, un proveedor de servicios de salud o un defensor le ayude con la audiencia de la OHA.

Se recomienda a todas las personas que envíen una solicitud de audiencia con la OHA. Sin embargo, no se garantiza que todas las solicitudes recibidas pasen a una audiencia.

Para obtener más información sobre las apelaciones, visite el sitio web de apelaciones y audiencias de la OHP: oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/appeals-hearings.aspx.

Formas de pedir una audiencia

1. Formulario en línea: Los miembros de la Tarjeta Abierta del OHP pueden completar y enviar el formulario en línea para pedir una audiencia: bit.ly/ohp-hearing-form.

- › Hay ayuda disponible para llenar este formulario. Vaya a una oficina del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS): ODHSoffices.Oregon.gov.
- › También puede llamar a servicios para clientes del OHP al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión).

2. Complete la página 1 del [Formulario MSC 443: “Administrative Hearing Request”](#) (“Solicitud de Audiencia Administrativa.”).

- › Puede encontrar este formulario en la sección “Información adicional”, letra B (página 67).

3. Complete las páginas 3 y 4 del [Formulario OHP 3302: “Request to Review a Health Care Decision”](#) (“Solicitud de revisión de una decisión de atención médica.”)

- › En el campo “tipo de solicitud”, seleccione la opción “solicitud de audiencia”. Puede encontrar este formulario en la sección “Información adicional”, letra C (página 68).

Adjunte una copia de su notificación de rechazo a los formularios MSC 443 u OHP 3302, y envíela a la Unidad de Audiencias de la OHP:

Correo postal: **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 permanecer igual.

Si necesita una audiencia rápida (acelerada)

Si usted y su proveedor creen que tiene un problema médico urgente que no puede esperar a una audiencia estatal regular, usted puede pedir una audiencia más rápida.

- › En el formulario en línea: bit.ly/ohp-hearing-form, seleccione “Sí” en la pregunta D en la sección titulada “Cuéntenos sobre la solicitud”.
- › En [el formulario MSC 443](#), marque la casilla de audiencia rápida bajo la descripción de “por qué no está de acuerdo con la decisión”.
- › En [el formulario OHP 3302](#), vaya a la pregunta 9 y seleccione la casilla “Sí”.
- › También puede enviar por fax los formularios MSC 443 u OHP 3302 a la Unidad de Audiencias de la OHP al **503-945-6035**.



Sus derechos

Para explicar por qué su problema médico es urgente, usted puede adjuntar una declaración u otros documentos al formulario en línea o al formulario enviado por fax.

Si el OHP está de acuerdo en que es urgente, la Unidad de Audiencias le llamará dentro de siete días hábiles (no incluye fines de semana ni feriados) desde la fecha en que se reciba su solicitud.

Solicitud para seguir recibiendo servicios

Si usted ya está recibiendo servicios que el OHP negó, puede pedir seguir recibiendo esos servicios mientras espera su audiencia. Tiene que presentar la solicitud para seguir recibiendo servicios negados antes de la fecha que aparece en su notificación de rechazo. Los servicios continuarán durante 90 días como máximo o hasta que ocurra alguna de estas situaciones:

- › La OHA o un juez de derecho administrativo tome una decisión sobre su caso.
- › Usted deje de cumplir los requisitos para recibir ese servicio o para recibir beneficios del OHP.

¿Qué pasa en una audiencia?

- › La mayoría de las audiencias se hacen por teléfono, a menos que se haya pedido y recibido una adaptación aprobada bajo la ley *Americans with Disabilities Act* (ADA, Ley de Estadounidenses con Discapacidad) en alguno de los tres formularios mencionados arriba.
- › En la audiencia, usted puede decirle al juzgado por qué no está de acuerdo con la decisión y por qué piensa que el OHP debe cubrir los servicios. No necesita un abogado, pero puede tener uno. También puede pedirle a alguien más, como su proveedor de servicios de salud, un amigo o un pariente que lo acompañen.
- › Si contrata a un abogado, usted es responsable de pagarle sus honorarios. Puede llamar a la Línea Directa de Beneficios Públicos al **800-520-5292** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión) para

recibir asesoría y una posible representación. Esta línea es un programa de Servicios de Asistencia Legal de Oregon y del Centro Legal de Oregon. En la página oregonlawhelp.org, puede obtener información sobre ayuda legal gratuita.

Ombuds Program de la OHA

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

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

En línea: OHP.Oregon.gov/Ombuds

Por fax: **503-934-5023**

O llame al número gratuito: **877-642-0450** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión).

El Ombuds Program de la OHA se explica con más detalle en la sección “Póngase en contacto con nosotros” de este manual en la [página 42](#).

Políticas de acceso al idioma y de no discriminación de la OHA

Si usted habla un idioma que no es inglés, tiene una discapacidad o necesita otro tipo de apoyo, tiene derecho a recibir ayuda gratuita. La OHA y todos sus proveedores de Medicaid hablarán con usted para ofrecerle los cambios razonables (llamados “adaptaciones”) que necesita para participar plenamente y acceder a los servicios médicos. Algunos ejemplos de la ayuda gratuita son, entre otros:

- › Intérpretes de lengua de señas e idiomas hablados.
- › Materiales escritos en otros idiomas.
- › Braille.
- › Letra grande.
- › Audio y otros formatos.



Sus derechos

Protecciones de Derechos Civiles y de la ley *Americans with Disabilities Act (ADA)*

La Autoridad de Salud de Oregon (OHA) debe cumplir con las leyes estatales y federales de derechos civiles. Estas leyes de derechos civiles protegen a todos los miembros del OHP contra la discriminación por pertenecer a una clase protegida. “Clase protegida” es un término legal que significa: grupo de personas al que la ley protege contra la discriminación. Para ver la lista completa de las leyes y los reglamentos de derechos civiles que la OHA debe cumplir y para revisar la política de no discriminación de la OHA, visite la Página de Derechos Civiles Públicos de la OHA: oregon.gov/oha/El/Pages/Public-Civil-Rights.aspx.

En la actualidad, hay leyes estatales y federales que protegen a los miembros del OHP contra la discriminación por motivos de edad, color, discapacidad, identidad de género, idioma, estado civil, origen nacional, embarazo, raza, religión, sexo, orientación sexual u otra categoría protegida por la ley.

Las protecciones de derechos civiles le dan el derecho de pedir cambios razonables (también llamados “adaptaciones”) a su proveedor del OHP, a su CCO, o a la OHA para poder recibir la atención médica cubierta. Algunos ejemplos de estas adaptaciones incluyen, entre otras, intérpretes de lengua de señas o de idiomas hablados, cambios razonables en políticas o procedimientos, materiales escritos en otros idiomas, braille y letra grande.

Si su proveedor del OHP no le da la adaptación que necesita, llame a su CCO (si es miembro de una CCO) o a servicios para clientes del OHP al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas de retransmisión).

También puede presentar una queja si no recibe la ayuda que solicitó. Para hacerlo, comuníquese con la Unidad de Derechos Civiles de la OHA.

Sitio web: oregon.gov/OHA/El

Correo electrónico: OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov

Teléfono: **844-882-7889, 711 TTY**

Correo postal: **Equity and Inclusion Division, 421 SW Oak St., Suite 750, Portland, OR 97204**

Usted tiene derecho a presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos dentro de los 180 días siguientes a la presunta discriminación.

Sitio web: www.hhs.gov

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Teléfono: **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**

Correo postal: **200 Independence Ave., SW, Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201**



Cómo reportar fraude

Si cree que ha sido víctima de fraude, llame, envíe un correo electrónico o escribanos. Algunos ejemplos de fraude son:

- › Si alguien le cobra por un servicio que no recibió.
- › Si alguien zusa la tarjeta de miembro de otra persona para obtener beneficios del OHP.

Reporte fraudes por parte de un proveedor de servicios de salud aquí:

Provider Audit Unit

P.O. Box 14152

3406 Cherry Avenue NE, Salem, OR 97309-9965

Correo electrónico: opi.referrals@oha.oregon.gov

Teléfono: **888-372-8301**

Fax: **503-378-2577**

Reporte fraudes por parte de un miembro de la Tarjeta Abierta de la OHP aquí:



Sus derechos

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 ingresando al sitio:

oregon.gov/odhs/financial-recovery/pages/fraud.aspx.



Cómo reconocer e informar el abuso, la falta de cuidado (negligencia) y la explotación

Es importante conocer sobre el abuso, la falta de cuidado (negligencia) y la explotación. Puede sucederle a usted o puede ver que le pase a otra persona.

Ejemplos:

- › Daño físico o lesiones.
- › Falta de cuidado básico.
- › Tomar dinero o cosas sin permiso.
- › Abuso verbal o emocional.
- › Mantener a una persona sola en contra de su voluntad.
- › Sujeción inapropiada (sujetar a alguien o atarlo de forma incorrecta).
- › Contacto sexual no deseado.
- › Descuido personal.
- › Abandono por parte de un cuidador.

Las señales de advertencia pueden incluir:

- › Moretones o lesiones sin explicación.
- › Grandes cambios en el comportamiento.
- › Amenazas verbales o físicas.
- › Aislamiento durante mucho tiempo (estar solo demasiado tiempo) por decisión propia o de otros.
- › Descuido personal (no atender las necesidades básicas de uno mismo).

Lo que usted debe saber:

- › El abuso nunca es culpa de la persona que lo sufre.
- › Cualquier persona puede y debe reportar el abuso si lo ve o lo sospecha.

A quién llamar:

Reportes de abuso en Oregon 855-503-SAFE (7233)

Oficina de Capacitación, Investigaciones y Seguridad (Office of Training, Investigations and Safety, OTIS): 866-406-4287

Para instalaciones residenciales (RFO), Defensor del Pueblo 844-674-4567 [Sitio web de las RFO: oltco.org/rfo/about-us](http://oltco.org/rfo/about-us)

Para atención no residencial, Defensor del Pueblo de la Autoridad de Salud de Oregon: 877-642-0450 oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx

Programas locales de salud mental en la comunidad (CMHP) [Haga clic aquí para encontrar los CMHP de su localidad: oregon.gov/oha/hsd/amh/pages/cmh-programs.aspx](http://oregon.gov/oha/hsd/amh/pages/cmh-programs.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. En esta sección, aprenderá sobre otras cosas que necesita hacer como miembro del OHP.

Esta sección señala las responsabilidades importantes que los miembros de la Tarjeta Abierta tienen que conocer. Para más obtener [más información](https://www.oregon.gov/OHA/HSD/OHP/Pages/Member-Rights.aspx) sobre las responsabilidades de los miembros visite: [oregon.gov/OHA/HSD/OHP/Pages/Member-Rights.aspx](https://www.oregon.gov/OHA/HSD/OHP/Pages/Member-Rights.aspx).

Como miembro de la Tarjeta Abierta está de acuerdo en:

- › **Leer toda la correspondencia que reciba de la OHA.** Lea todas las cartas que le envíe la OHA, el DHS y su CCO. Si tiene preguntas, llame a su CCO o a servicios para clientes del OHP al **800-273-0557**.
- › Visite a sus proveedores de servicios de salud y mantenerse involucrado en su atención.
- › Encuentre a una persona que le provea servicios de salud y pida ayuda.
- › Hágase chequeos anuales, visitas rutinarias y acceda a otros servicios para evitar enfermedades y mantenerse saludable.
- › Dígame a su médico si se lastimó en un accidente.
- › Siga las instrucciones de sus médicos y farmacéuticos o pregúnteles por otras opciones.
- › Trate a los médicos y a su personal con el mismo respeto con el que quiere que lo traten a usted.
- › Sea honesto con sus médicos para tener el mejor servicio.
 - » Dígame a la recepcionista cuál es el seguro médico que tiene, incluyendo la Tarjeta Abierta.
 - » Lleve sus tarjetas de identificación médica a sus citas (Identificación de Tarjeta Abierta, Identificación del OHP, tarjetas de Identificación de Medicare, seguro privado).
 - » Llegue puntualmente a sus citas.
 - » Llame a su médico por lo menos un día antes si no va a poder llegar a una cita.

Informar sobre cambios

Informe al OHP, dentro de los 10 días, cualquier cambio relacionado con:

- › Su nombre legal
- › El domicilio en el que vive o al que le llega el correo
- › Su hogar o familia: Por ejemplo, si se casó, se divorció o tuvo un hijo(a); alguien se embarazó o terminó su embarazo; alguien entra o sale de su grupo familiar; o hubo una muerte en la familia.
- › Su trabajo o ingreso: Por ejemplo, si obtiene un empleo o lo perdió; el ingreso de su trabajo subió o bajó más de \$100; su ingreso mensual de otras fuentes subió o bajó 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, si tiene o pierde un seguro de su trabajo o de Medicare.
- › Otro seguro médico o cobertura que tenga alguien de su familia. Por ejemplo, si alguien mayor de 19 años obtiene una cobertura médica de forma diferente, por ejemplo, por un empleo nuevo.
- › Lesiones causadas por otra persona o reclamos por lesiones personales.
- › La información que usted dio en su solicitud de servicios de salud.
- › La intención de cancelar su cobertura de la Tarjeta Abierta.



Sus responsabilidades

Usted puede informar cambios de la siguiente forma:

› **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. (hora del Pacífico).
- › Llame a un [socio comunitario certificado por el OHP](#) en su área. Puede encontrarlos en: OregonHealthCare.gov/GetHelp.

› **En persona**

- › Visite cualquier oficina del [Departamento de Servicios Humanos de Oregon](#) (oregon.gov/odhs/pages/office-finder.aspx)
- › Obtenga ayuda gratuita en persona de un [socio comunitario certificado por el OHP](#) en su área. Puede encontrarlos en: OregonHealthCare.gov/GetHelp.

› **En línea**

- › Informe sobre cambios utilizando su cuenta ONE.Oregon.gov (o la aplicación móvil Oregon ONE).
- › Informe de cambios en su seguro privado o en el seguro que tenga por su trabajo en reportTPL.org.
- › Informe si otra persona lo lastima o si se lastima en el trabajo en 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.
- › **Este formulario también está disponible en:**
 - **Español:** sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/ss0400.doc
 - **Español letra grande:** sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/sx0400.doc
 - **Ruso:** sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/sr0400.doc
 - **Vietnamita:** sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/sv0400.doc

- **Inglés en letra grande:** 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.

› **Este formulario también está disponible en:**

- **Español:** sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/ds0943.pdf
- **Español en letra grande:** sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/dx0943.pdf
- **Ruso:** sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/dr0943.pdf
- **Vietnamita:** sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/dv0943.pdf
- **Somali:** sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/di0943.pdf
- **Inglés en letra grande:** sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/dw0943.pdf

› **Envíe por correo su formulario completo a:**

Open Card 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) 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:

- › 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 partir del 2025 para los adultos jóvenes de entre 19 a 20 años que califiquen. Los beneficios incluyen exámenes, diagnósticos y tratamientos de detección temprana y periódicos (EPSDT), servicios de cuidado de los ojos y dientes, 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. El 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 a presentar o conocer el estado de una solicitud, y a hacer renovaciones y cambios en su CCO. También pueden ayudarlo a satisfacer necesidades médicas urgentes, resolver preguntas e casos difíciles, a presentar documentos e 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 “problema médico de emergencia”. Una emergencia médica es 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. Se puede tratar también de una emergencia de salud mental, o de uso de sustancias. Por ejemplo, sentirse fuera de control. Esto es diferente a una atención urgente, vea la definición en el #10.
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 #6.
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 del 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. **Cubiertos (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 evacuación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento):** Este beneficio es para niños y adolescentes menores de 20 años. Las evaluaciones cubiertas siguen el programa *Bright Futures* (Futuros Brillantes), que son lineamientos sobre la promoción de la salud y prevención de la Academia Estadounidense de Pediatría. Puede encontrar más información en la página oregon.gov/EPSDT. Las visitas de evaluación también se conocen 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 relacionadas con la salud):** Barreras sociales y económicas para la salud, tales como no tener una vivienda estable o no siempre tener suficiente comida.
26. **Hogar (grupo familiar):** Los miembros de la familia que viven con usted. Pueden ser su pareja, hijos u otras personas que dependan de usted y por los que deduzca impuestos.
27. **Hospitalización:** Cuando alguien es admitido en 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 permite comunicarse por teléfono a las personas sordas, con dificultades auditivas, sordo-ciegos o con problemas de lenguaje. 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 proveedor de servicios de salud le dice que tome.



Definición de palabras

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 la OHA paga la atención que recibe. La 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, y 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. 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. El ODHS y la 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 hace un profesional de la salud y que casi no tiene riesgo de causar daño al paciente. Por ejemplo, exámenes físicos, extracción de sangre y vacunas contra la influenza.
50. **Programa de Ahorros de 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.
51. **Proveedor de la red:** Un proveedor que tiene un contrato con la Tarjeta Abierta. Cuando un proveedor



Definición de palabras

- 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 la 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 brinda atención médica.
56. **Rechazo:** Un rechazo o Notificación de Rechazo es una decisión oficial de la OHA de 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 formulario especial.
62. **Seguro médico:** Un plan o programa que paga algunos o todos los costos de atención médica. Una compañía o entidad del gobierno 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 dan a la persona para proteger, mejorar o recuperar su salud, curar y prevenir enfermedades, y ayudar en su rehabilitación. Incluyen las actividades profesionales, técnicas y de apoyo relacionadas con 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. Por 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 la OHA paga su atención médica. La OHA cubre todos los servicios no cubiertos por la CCO.
69. **Transporte médico de emergencia:** Uso de una ambulancia. Los técnicos de emergencia médica (Emergency medical technicians, EMT) lo atenderán durante el trayecto en ambulancia o avión. Esto sucede cuando usted llama al **911**.



10. Información adicional

- 61 [A. Más información acerca del transporte a sus citas](#)
- 67 [B. Formulario MSC 443: “Administrative Hearing Request” \(“Solicitud de Audiencia Administrativa.”\)](#)
- 68 [C. Formulario OHP 3302: “Request to Review a Health Care Decision” \(“Solicitud de revisión de una decisión de atención médica.”\)](#)
- 70 [D. Aviso de Prácticas de Privacidad](#)



Información adicional

A. Más información acerca del transporte a sus citas

La sección “Transporte” de este manual le explica cómo obtener transporte desde y hacia los servicios de salud cubiertos por la Tarjeta Abierta del OHP. También le da más detalles. Para más información, puede visitar el sitio: [OHP.Oregon.Gov/Rides](https://Oregon.Gov/Rides).

Cómo programar un viaje

Cuando llame a la compañía de transporte médico de no emergencia (NEMT) de su condado, deberá:

- › Dar su nombre y apellido legal, número de identificación de Medicaid, fecha de nacimiento, y la dirección y número de teléfono de su casa. Esto ayudará a confirmar que puede recibir los servicios de la compañía de NEMT a la que llamó.
 - › Dígame a la persona que programará el transporte para qué es su cita. Ellos confirmarán si el OHP cubre este servicio.
 - › Pida que se use su idioma hablado o lengua de señas al programar su transporte, si es necesario.
 - › Pida ayuda para saber qué tipo de transporte se ajusta mejor a sus necesidades.
 - › Informe los siguientes datos:
 - » Dirección de recogida y dirección de destino.
 - » Fecha de la cita, hora de inicio y hora de finalización.
 - › Dígame a la persona que programará su transporte si necesita un extensor de cinturón de seguridad o si viajará con un asistente de cuidado personal o un menor que lo necesite.
 - » Si la cita es para un menor: los niños de 12 años o menos deben viajar con un adulto (de 18 años o más).
 - » Los niños menores de 8 años, que pesen menos de 40 libras o midan menos de 4 pies con 9 pulgadas deben usar un asiento infantil o asiento elevador. Los padres o tutores deben traer el asiento, instalarlo y retirarlo, y conservarlo durante la cita.
- › Avísele a la persona que programará su transporte si un asistente de cuidado personal viajará con usted.
 - » Un asistente de cuidado personal puede viajar con el miembro si:
 - El miembro es un niño menor de 12 años y no puede viajar sin un asistente.
 - El miembro no puede ir a su cita por sí mismo debido a una dificultad física o mental y necesita ayuda física o verbal.
 - El miembro no puede regresar a su casa después de la cita sin la ayuda de otro adulto.
 - › Informe a la persona que programará el viaje si necesita hacer una parada en la farmacia. Si su médico le da una receta nueva durante su cita, llame a la compañía de NEMT y pida que hagan una parada en la farmacia.
 - » Tenga en cuenta lo siguiente: no todos los horarios tienen la opción de hacer paradas en farmacias. Si es posible, pídale a su proveedor que le envíe las recetas por correo.
 - › Puede programar los viajes con hasta 90 días de anticipación.
 - › También puede programar viajes para más de una cita en una sola llamada.

Conducir usted mismo o con alguien que usted conoce

Puede conducir su propio vehículo o pedirle a alguien que conoce que lo lleve a sus citas.

Cuando llame a la compañía de NEMT, puede hablar sobre usar su propio vehículo o que alguien que usted conoce lo lleve. La compañía no coordina conductores para este tipo de viajes.

Si el miembro de la Tarjeta Abierta del OHP tiene menos de 16 años, la persona que conduzca debe ser un padre, tutor o alguien autorizado por el padre o tutor legal.



Información adicional

Cómo recibir un reembolso por las millas recorridas

Si usted maneja su propio vehículo o alguien que usted conoce lo lleva, puede recibir \$0.49 por milla.

Pasos para recibir el reembolso:

1. Llame a la compañía de NEMT de su condado antes de su cita para registrar el transporte.
2. Complete un formulario de reembolso o un registro de viaje que muestre la(s) fecha(s) de la cita.
3. Pida al personal de la clínica que firme el formulario para confirmar que usted fue atendido.
4. Devuelva el formulario o registro a la compañía de NEMT dentro de los 45 días después de su primer viaje.
 - » Si el formulario se entrega tarde, la compañía de NEMT le negará el reembolso.

Comidas y alojamiento:

Si su cita para un servicio de salud cubierto es **fuera de su área local**, dura cuatro horas o más (ida y vuelta), o su viaje ocurre durante los horarios que se indican a continuación, usted podría recibir un reembolso por **comidas y/o alojamiento**.

Tarifas de comidas y horarios:

- › **Desayuno: \$9** (si el viaje comienza antes de las 6 a. m.)
- › **Almuerzo: \$10** (si el viaje incluye el horario de las 11:30 a. m. a las 1:30 p. m.)
- › **Cena: \$15** (si el viaje termina después de las 6:30 p. m.)

Un miembro de la Tarjeta Abierta del OHP y un acompañante pueden recibir un reembolso de hasta \$34 por día para comidas, cada uno.

Alojamiento

Puede recibir un reembolso por alojamiento si:

- › tiene que salir antes de las 5 a. m. para llegar a tiempo a su cita,
- › llegará a su casa después de las 9 p. m. después de que termine su cita,
- › su proveedor de servicios médicos dice que es médicamente necesario quedarse a dormir,
- › su compañía de NEMT decide que por su situación necesita alojamiento.

Tarifas:

- › **\$110 por noche** para el miembro de la Tarjeta Abierta del OHP.
- › **\$110 por noche** para un acompañante (si existe una necesidad médica de que se quede en una habitación separada).

No le pueden dar un reembolso por alojamiento durante diferentes días si todas las citas pudieron haberse programado para un mismo día.

La compañía de NEMT le dirá qué documentos necesita. Pueden esperar hasta que el total adeudado sea de **\$10 o más** para hacer el pago.

Pagos en exceso

Si la compañía de NEMT le paga más de lo que corresponde por las millas, comidas o alojamiento, puede ser que tenga que devolver ese dinero. Ejemplos:

- › No fue a su cita, pero recibió el pago.
- › Compartió el viaje con otro miembro de la Tarjeta Abierta del OHP y ambos recibieron el pago por las mismas millas.
- › Recibió un pase o boleto de autobús, pero lo vendió o se lo dio a otra persona.



Información adicional

Uso del transporte público

Si usted ya usa el autobús u otro sistema de transporte público:

- › El NEMT puede darle un boleto o pase de autobús en lugar de un viaje en automóvil.
- › Al programar su viaje, dígame a la compañía de NEMT si usted vive cerca de una parada de transporte y puede usarla de manera segura para ir a sus citas.
- › Si usted no puede usar el transporte público solo, un asistente de cuidado personal puede recibir un boleto o pase de autobús para ayudarlo.

Usted puede no poder usar el transporte público si:

- › la parada de autobuses más cercana está a varias millas y no puede llegar caminando,
- › no entiende cómo usar el transporte público,
- › tiene una enfermedad contagiosa que podría transmitirse a otras personas.

Transporte seguro

Si un miembro está en peligro de hacerse daño a sí mismo o a otras personas, se le puede ofrecer transporte seguro cuando:

- › El traslado es a una clínica inscrita en Medicaid que puede atender la necesidad médica o de salud del comportamiento del miembro en crisis.
- › El miembro es un adulto y fue puesto bajo custodia por un oficial de paz, un funcionario de salud o el servicio de salud mental del condado.
- › El miembro es un menor (tiene 17 años o menos), y el padre, la madre o el tutor ha dado permiso para que el menor use el transporte seguro.

Estos tipos de transporte impiden que el miembro pida salir del vehículo. También se pueden usar sujeciones si hay señales de que el miembro puede hacerse daño a sí mismo o hacerle daño a otra persona.

Cambiar o cancelar un viaje

Si necesita cancelar o reprogramar un viaje:

- › Llame a su compañía de NEMT al menos dos horas antes de la hora en que deben recogerlo.
- › Si llama fuera del horario comercial, deje un mensaje de voz claro y detallado

Compañías de transporte médico de no emergencia (NEMT)

Los números de teléfono de las compañías locales de transporte están en la [página 26](#).

Recogida y regreso

Si la compañía de NEMT le asigna un conductor:

- › Recibirá el nombre y el número de teléfono del conductor antes de su cita.
- › Si el viaje se programó con más de 48 horas de anticipación, la compañía de NEMT lo contactará al menos dos días antes de su viaje. El conductor llegará para recogerlo dentro de un rango de tiempo (no en un minuto exacto). Esto permite considerar el tráfico, la construcción en las calles o los viajes compartidos con otros pasajeros.

Qué esperar cuando lo recogen

- › El conductor lo esperará hasta 15 minutos después de la hora programada para recogerlo.
Ejemplo: Si su viaje está programado para las 10:00 a. m., el conductor esperará hasta las 10:15 a. m. Después de ese tiempo, se irá. Si el conductor no ha llegado dentro de los 15 minutos después de la hora de recogida, llame a la compañía de NEMT.
- › El conductor lo dejará en el destino al menos 15 minutos antes de que comience su cita.



Información adicional

Importante: Si falta a sus viajes muchas veces (“no shows”), puede ser más difícil programar viajes en el futuro.

Primeras y últimas citas del día

Primera cita del día: El conductor lo dejará no más de 15 minutos antes de que el consultorio abra.

Última cita del día: El conductor lo recogerá no más de 15 minutos después de que el consultorio cierre (a menos que se espere que su cita dure más tiempo).

Si quiere un horario diferente de recogida o regreso, debe pedirlo cuando programe su viaje. La persona que programa los viajes le dirá si el cambio podría hacer que llegue tarde a su cita.

Viajes de regreso (si no programa una hora de recogida)

- › Si usted no fija una hora de regreso cuando programa su viaje, deberá llamar a la compañía de NEMT cuando esté listo para volver a casa.
- › Un conductor llegará tan pronto como sea posible después de su llamada.

Si su solicitud de viaje es rechazada

- › Si la compañía de NEMT no puede darle un viaje, ellos lo llamarán para informarle. Recibirá un aviso por escrito dentro de las 72 horas después del rechazo. Si no está de acuerdo, puede apelar o pedir una audiencia. Para más información sobre cómo apelar o pedir una audiencia, vaya a la [página 48](#).

Si recibe una factura por un viaje

- › Los viajes para recibir los servicios cubiertos siempre son gratuitos para el miembro.
- › Si recibe una factura de la compañía de NEMT, llame a servicios para clientes del OHP al **800-273-0557** (se aceptan todas las llamadas por retransmisión).

Requisitos de seguridad

Requisitos de seguridad para los conductores

Todos los conductores de NEMT deben tener:

- › Una licencia de conducir válida emitida por el DMV de Oregon.
- › Haber aprobado una verificación de antecedentes penales al momento de ser contratados.

Todos los conductores de NEMT deben completar las siguientes capacitaciones:

- › Curso de conducción defensiva del Consejo Nacional de Seguridad dentro de los seis meses posteriores a la fecha de contratación y cada tres años después de eso.
- › Capacitación en RCP aprobada por la Cruz Roja dentro de los seis meses desde la contratación. Deben mantener la certificación mientras sean conductores activos de NEMT.
- › Curso de Servicios y Seguridad para Pasajeros (*Passenger Service and Safety*) dentro de los seis meses desde la contratación y cada tres años después de eso.
- › Capacitación sobre el beneficio de NEMT.
- › Capacitación sobre los formularios que usa la compañía de NEMT para hacer reportes.
- › Capacitación sobre cómo operar el vehículo.
- › Capacitación sobre los requisitos para reportar fraude, uso indebido o abuso.

Los requisitos de seguridad del vehículo.

Todos los vehículos de NEMT deben tener:

- › Un botiquín de primeros auxilios.
- › Un extintor de incendios.
- › Dispositivos de advertencia vial.
- › Una linterna.
- › Dispositivos de tracción para neumáticos en mal clima.



Información adicional

- › Guantes descartables.
- › Espejos laterales y retrovisores.
- › Una bocina de coche que funcione.
- › Luces direccionales que funcionen.
- › Luces delanteras y traseras que funcionen.
- › Limpiaparabrisas que funcione.

Todos los vehículos de NEMT deben estar limpios y sin objetos que puedan incomodar al miembro durante el viaje. Tanto los conductores como los pasajeros tienen prohibido fumar, rociar aerosoles o vaporizar inhalantes en el vehículo en todo momento.

Cinturones de seguridad

- › Por ley, todas las personas deben usar un cinturón de seguridad u otro dispositivo de sujeción mientras el vehículo esté en movimiento.
- › Si usted, o alguien que viaja con usted, necesita un extensor de cinturón de seguridad, dígle a la compañía de NEMT cuando programe su viaje.

Sillas de ruedas, scooters y ayudas de movilidad para viajes con conductor:

Cuando programe su viaje, dígle a la compañía de NEMT si usted usa:

- › Una silla de ruedas (manual o eléctrica), un scooter u otra ayuda para moverse.
- › Una silla de ruedas de tamaño grande, lo que significa cualquiera de lo siguiente:
 - » Más de 30 pulgadas de ancho.
 - » Más de 48 pulgadas de largo.
 - » Más de 600 libras de peso con usted sentado.

Esto sirve para asegurarse de que le envíen el vehículo correcto.

Si usted usa una silla de ruedas no estándar o de gran tamaño, debe decirlo cuando programe su viaje para que puedan enviar el vehículo adecuado.

Otros puntos importantes:

- › **Los scooters de tres ruedas** son difíciles de asegurar dentro de los vehículos. Para su seguridad, es posible que le pidan que se siente en un asiento del vehículo y se ponga el cinturón. Esto no es obligatorio.
- › **Los andadores y bastones** pueden guardarse de manera segura cuando ya esté sentado. El conductor puede ayudar a asegurarlos.
- › **Los tanques de oxígeno** deben colocarse en un soporte seguro.
- › **Acompañantes:** Si usted necesita más ayuda de la que el conductor puede darle, debe organizar para que un acompañante vaya con usted. Un acompañante puede ser un amigo, familiar o tutor. El acompañante también puede ser cualquier persona de 18 años o más autorizada por usted, su padre, su madre o su tutor. Un acompañante no puede ser un menor de edad.

Importante

Es posible que los niños que no tienen una cita propia no puedan viajar con el padre, la madre o el tutor que sí tiene una cita.

- › Los niños de 12 años o menos deben tener un acompañante.
- › Cualquier persona con necesidades físicas o de desarrollo especiales también puede necesitar un acompañante. El acompañante debe ser una de las siguientes personas:
 - » La madre, el padre, la madrastra, el padrastro, un abuelo o el tutor del miembro.



Información adicional

- » Otro familiar adulto.
- » Un adulto identificado como acompañante por escrito por el padre, la madre o el tutor.
- » Un voluntario o empleado del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS).

Adolescentes:

- › Los niños de **13 años** o más no necesitan un acompañante, pero un adulto puede viajar gratis con ellos hasta que cumplan **18 años**.
- › Muchos proveedores de servicios médicos requieren la firma de un adulto para atender a personas menores de 18 años.

Sus derechos y responsabilidades como pasajero

Tiene derecho a:

- › Recibir un viaje seguro y confiable que se ajuste a sus necesidades.
- › Ser tratado con respeto.
- › Pedir servicios de interpretación cuando hable con el servicio para clientes.
- › Recibir materiales en un idioma o formato que usted pueda entender.
- › Recibir un aviso por escrito si le niegan un viaje.
- › Pedir una apelación o una audiencia si usted siente que un viaje fue negado injustamente.
- › Presentar una queja en cualquier momento en caso de:
 - » Preocupaciones sobre la seguridad del vehículo.
 - » Un conductor grosero.
 - » Un viaje que no se realizó como estaba planeado.
 - » Cualquier derecho que no se esté cumpliendo.

Sus responsabilidades son:

- › Tratar a los conductores y otros pasajeros con respeto.
- › Llamar a la compañía de NEMT lo antes posible para programar, cambiar o cancelar un viaje.
- › Usar cinturones de seguridad y otro equipo de seguridad según lo exige la ley.
- › Pedir hacer cualquier parada adicional (como una parada en la farmacia) con anticipación.



Información adicional

B. Formulario MSC 443: “Administrative Hearing Request” (“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 48](#). También puede encontrar una versión digital para imprimir [aquí](#).

Solicitud de Audiencia Administrativa	
<p>Si desea solicitar una audiencia para obtener dinero en efectivo, cuidado infantil o servicios médicos (<i>procedimiento médico o medicamentos específicos</i>), 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.</p>	
El demandante o su representante debe completar esta parte	
<p>¿Habla inglés el demandante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es “no”, indique el idioma preferido del demandante:</p>	<p>¿Desea que los documentos de la audiencia estén en un formato alternativo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es “sí”, especifique el tipo de formato alternativo:</p>
<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “sí”, especifique:</p>	
Nombre del demandante:	Número de teléfono:
Dirección:	Número para mensajes:
Ciudad:	Dirección de correo electrónico (<i>opcional</i>):
Estado:	Código postal:
Nombre del abogado o del representante:	Dirección de correo electrónico (<i>opcional</i>):
Dirección:	Número de teléfono:
Ciudad:	Código postal:
<p>Solicito una audiencia porque no estoy de acuerdo con la decisión de <input type="checkbox"/> Finalizar <input type="checkbox"/> Reducir mis beneficios</p> <p><input type="checkbox"/> Negar <input type="checkbox"/> Cobrarme un sobrepago <input type="checkbox"/> Otra: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Yo sí <input type="checkbox"/> Yo no (<i>elija una opción</i>) recibí un aviso por escrito para negar mi solicitud, o bien, para reducir o finalizar mis beneficios. Fecha del aviso: ____ / ____ / ____</p>	
<p>Audiencia solicitada para:</p> <p><input type="checkbox"/> SNAP (<i>beneficios alimentarios</i>) <input type="checkbox"/> Cuidado infantil</p> <p><input type="checkbox"/> TANF (<i>beneficios de dinero en efectivo</i>) <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado a largo plazo <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Programa médico</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio médico (<i>procedimiento o medicamento</i>)</p>	
<p>Explique brevemente por qué no está de acuerdo.</p>	
<p><u>Para obtener información sobre audiencias aceleradas, lea la “parte 3” que está en el reverso de este formulario.</u></p> <p>Marque esta casilla si reúne los requisitos para una audiencia acelerada. <input type="checkbox"/></p> <p><u>Antes de responder a esta pregunta, lea la “parte 2” que está en el reverso de este formulario.</u></p> <p>¿Desea que sus beneficios sigan siendo los mismos (<i>que no se reduzcan ni se interrumpan</i>) mientras espera la audiencia?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (<i>Nota: Sus beneficios se podrían modificar si sucede otra cosa que los afecte.</i>)</p>	
<p>Comprendo que se me solicitará asistir a una reunión informal con un representante de la agencia.</p>	
Firma del demandante (o del representante del demandante):	Número de Seguro Social o número de caso del demandante*:
x	- - - - -
	Fecha: ____ / ____ / ____

SP MSC 0443 (12/18)



Información adicional

C. Formulario OHP 3302: “Request to Review a Health Care Decision” (“Solicitud de revisión de una decisión de atención médica.”)

Para solicitar la revisión de una decisión de atención médica 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 completar esta solicitud. En este [enlace](#) encontrará información detallada sobre cómo presentar el formulario impreso.



División de Sistemas de Salud

Agency Use Only		
Program	Branch	Case Number

Solicitud de revisión de una decisión de atención de salud

Llene las páginas 3 y 4 de este formulario o llene el formulario en línea en bit.ly/ohp-hearing-form.

Envíe las solicitudes de apelación a:

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

Envíe las solicitudes de audiencia a:

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

Tipo de solicitud - Marque solo una de las siguientes opciones

(consulte la página 1 para obtener más información):

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

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

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

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

¿Necesita material escrito en otro formato? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, especifique:

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

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

- ☐ No
- ☐ Sí, nombre: _____
Dirección, ciudad, estado, código postal: _____
Número de teléfono: _____



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 recibiendo los 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.*



Información adicional

D. “Aviso de Prácticas de Privacidad”



PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA (*MEDICAL ASSISTANCE*) Y
PROGRAMA DE AYUDA CON LA PRIMA (*PREMIUM ASSISTANCE*)

500 Summer St. NE, E-24 Salem, OR 97301

Teléfono: 503-945-5780

Correo electrónico: dhs.privacyhelp@state.or.us

www.oregon.gov/OHA/Pages/index.aspx

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

El presente aviso describe la manera en que la información sobre usted puede utilizarse y divulgarse y la manera en que usted puede acceder a dicha información. **Léalo con detenimiento.**

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Recibir una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones
- Corregir sus expedientes médicos y de reclamaciones
- Solicitar que la comunicación sea confidencial
- Pedirnos que restrinjamos la información que divulgamos
- Obtener una lista de las personas/entidades a quienes hayamos divulgado dicha información
- Recibir una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados

» En la página 2

hallará más información sobre estos derechos y sobre cómo ejercerlos

Sus opciones

Tiene ciertas opciones respecto a la manera en que utilizamos y divulgamos su información cuando:

- Respondemos a preguntas —relativas a la cobertura— por parte de sus familiares y amigos
- Prestamos socorro en caso de desastre
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información

» En la página 3 *hallará más información sobre estas opciones y la manera de ejercerlas*

El uso y la divulgación por parte nuestra

Podemos utilizar y divulgar su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de cuidado médico que usted recibe
- Manejamos nuestra organización
- Pagamos por los servicios médicos que usted reciba
- Administramos su plan de salud
- Ayudamos con aspectos de salud y seguridad públicas
- Realizamos investigaciones
- Acatamos la ley
- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaboramos con un médico forense o con el director de una funeraria
- Respondemos a las solicitudes por parte del programa de indemnización por accidentes de trabajo, las fuerzas del orden y de otras entidades gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones judiciales

» En las páginas 3 y 4 *hallará más información sobre estas opciones y la manera de ejercerlas*



Información adicional

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted goza de ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y ciertas responsabilidades para ayudarle.

Recibir una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones

Pedirnos que corriamos sus expedientes médicos y de reclamaciones

Solicitar que la comunicación sea confidencial

Pedirnos que restrinjamos lo que utilizamos o divulgamos

Obtener una lista de las personas/ entidades a quienes hayamos divulgado dicha información

Recibir una copia de este aviso de privacidad

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

Presentar una queja si considera que sus derechos han sido violados

- Puede pedir ver u obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones y demás información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamaciones, por lo general dentro de los 30 días de haberlos usted solicitado. Podríamos cobrarle una cuota razonable basada en el costo del fotocopiado.
- Puede pedirnos que corriamos sus expedientes médicos y de reclamaciones si usted considera que están errados o incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podríamos denegar su solicitud, pero le comunicaremos el porqué, por escrito, en un plazo de 60 días.
- Puede pedirnos que le contactemos de una manera especial (por ejemplo, al teléfono de su vivienda u oficina) o que le enviemos correspondencia a otra dirección.
- Tomaremos en consideración todas las solicitudes razonables y tendremos que acceder a dicha solicitud si usted nos dice que si no lo hacemos, correría peligro.
- Puede pedirnos que **no** utilicemos o divulguemos cierta información médica para el tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No tenemos la obligación de acceder a su solicitud y podemos decirle que no si su solicitud afectase el cuidado que recibe.
- Puede pedirnos la lista (que rindamos cuentas) de las veces en que su información médica fue divulgada en los seis años previos a la fecha de su solicitud, así como a quién y el porqué.
- Incluiremos todas las divulgaciones salvo las que se relacionen con el tratamiento, pago y operaciones de la atención médica y algunas otras divulgaciones (por ejemplo las divulgaciones que usted no indicó hacer). Le rendiremos cuentas una vez al año, de forma gratuita, pero le cobraremos una cuota razonable, basada en el costo, si usted nos pide otra lista en el mismo periodo de 12 meses.
- Puede pedirnos una copia impresa del presente aviso en cualquier momento, incluso si accedió a recibir el aviso de forma electrónica. Le facilitaremos la copia impresa sin demoras.
- Si usted le ha dado a alguien un poder legal o si alguien es su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones respecto a su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga dicha autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que procedamos.
- Puede quejarse si considera que sus derechos han sido violados. Para ello, emplee la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a:
U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201, llamando por teléfono al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.



Información adicional

Sus opciones

En el caso de cierta información médica, usted puede indicarnos sus opciones sobre lo que divulgamos.

Si tiene alguna preferencia marcada sobre la manera en que divulgamos su información en las situaciones descritas a continuación, háganoslo saber. Díganos qué quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus indicaciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Divulguemos información a sus familiares, amigos íntimos y otras personas que participan en el pago de la atención que usted recibe
- Divulguemos información en un caso de socorro de desastre

Si usted no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo si ha perdido el conocimiento, podríamos divulgar su información si consideramos que es lo mejor para usted. Asimismo, podríamos divulgar su información cuando ésta sea necesaria para aminorar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.

En estos casos, jamás divulgamos su información a menos que usted nos dé su permiso por escrito:

- Mercadeo
- La venta de su información
- La mayoría de los apuntes psicoterapéuticos

Los usos y las divulgaciones por nuestra parte

¿De qué manera solemos utilizar o divulgar su información médica?

En general, utilizamos o divulgamos su información médica de las maneras siguientes:

Ayudar a administrar el tratamiento médico que usted recibe

- Podemos utilizar su información médica y divulgarla a los profesionales que le atienden.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que nosotros podamos coordinar servicios adicionales.

Manejar nuestra organización

- Podemos utilizar su información médica y divulgarla para manejar nuestra organización y contactarle cuando sea necesario.
- **No tenemos permitido utilizar información genética para decidir si conceder o no cobertura médica y el costo de dicha cobertura.** Esto no se aplica a los planes de cuidado de largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos la información médica sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar por los servicios médicos que usted recibe

- Podemos utilizar su información médica y divulgarla cuando pagamos por los servicios médicos que usted recibe.

Ejemplo: Divulgamos información sobre usted a su plan dental para coordinar el servicio dental que reciba.

Administrar su plan

- Podemos utilizar su información médica y divulgarla al patrocinador de su plan de salud para fines de la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para que le proporcionemos a usted un plan de salud y nosotros le proporcionamos ciertos datos estadísticos a su compañía para explicar las primas que cobramos.



Información adicional

¿De qué otra manera podemos utilizar o divulgar su información médica?

Tenemos permitido o se nos exige divulgar su información de otras maneras, por lo general en maneras que contribuyen al bienestar público, tal como la salud pública y las investigaciones. Debemos reunir varios criterios exigidos por ley antes de poder divulgar su información para tales fines. Para obtener más información visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con aspectos de salud y seguridad públicas

- Podemos divulgar información médica sobre usted en ciertas situaciones, tal como para:
 - Prevenir enfermedades
 - Ayudar con la retirada de productos del mercado
 - Informar reacciones adversas a medicamentos
 - Denunciar sospechas de maltrato, abandono o violencia doméstica
 - Prevenir o aminorar una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

Realizar investigaciones

- Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted en investigaciones sanitarias.

Acatar la ley

- Divulgaremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen. Esto incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste desea revisar la información para cerciorarse de que estemos acatando la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con un médico forense o el director de una funeraria

- Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted a organizaciones de obtención de órganos.
- Cuando fallezca la persona, podemos divulgar su información médica al médico forense, médico legista o director de una funeraria.

Responder a solicitudes del programa de indemnización por accidentes de trabajo, las fuerzas del orden o de otras entidades gubernamentales

- Podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted:
 - En reclamaciones de indemnización por accidentes de trabajo
 - Para fines del cumplimiento de la ley o a un agente de las fuerzas del orden
 - A las agencias sanitarias de supervisión para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales como servicios de protección militares, de seguridad nacional y presidenciales.

Responder a demandas legales y acciones judiciales

- Podemos divulgar información médica sobre usted como respuesta a una orden judicial o administrativa.

- La OHA puede utilizar o divulgar la información médica amparada (protected health information o PHI) de los formularios de inscripción para determinar los programas para los cuales usted es elegible o el tipo de cobertura que debe recibir.
- La OHA cumple con los requisitos de las leyes de privacidad federales y estatales, incluidas las leyes sobre el abuso de alcohol y drogas y su tratamiento, así como las leyes relacionadas con las afecciones de salud mental y su tratamiento.
- La OHA puede utilizar o divulgar los expedientes de abuso de sustancias únicamente si la persona o la empresa que recibe los expedientes tiene un contrato especial con la OHA.
- Si la OHA divulga información a otra persona con la aprobación del paciente, la información no estará amparada por las reglas de privacidad y la persona que reciba la información podría no tener que proteger la información. Dicha persona podrá divulgar la información del paciente a otra persona sin la aprobación del paciente.



Información adicional

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige que velemos por la privacidad y la seguridad de su información médica amparada.
- Le informaremos de inmediato si se produce alguna infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en el presente aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni divulgaremos su información a no ser de las maneras descritas en el presente aviso, a menos que usted nos indique, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos hacerlo, podrá cambiar de parecer en cualquier momento. Si cambia de parecer, infórmenos al respecto por escrito.

Para obtener más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos del presente aviso

Podemos cambiar los términos del aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Puede solicitar el nuevo aviso desde nuestro sitio Web. Le enviaremos una copia por correo postal.

Aprobado por Suzanne Hoffman, COO 2-14-2014

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a la Autoridad de Salud de Oregon y a sus empresas socias, entre ellas el Departamento de Servicios Humanos de Oregon.

Para utilizar cualquier parte de los derechos de privacidad listados arriba, comuníquese con la oficina local de la OHA.

Para solicitar el presente aviso en otro idioma, letra grande, Braille o en otro formato, llame al 503-378-3486, envíe un fax al 503-373-7690 o marque 503-378-3523 (TTY, personas con problemas auditivos). Está disponible en inglés y ha sido traducido al español, ruso, vietnamita, somalí, árabe, birmano, bosnio, camboyano, coreano, laosiano, portugués y chino. También está disponible en letra grande y braille.

OREGON HEALTH AUTHORITY

Privacy Officer, 500 Summer Street NE, E-24,
Salem, OR 97301

Correo electrónico: dhs.privacyhelp@state.or.us

Teléfono: 503-945-5780

Fax: 503-947-5396

Manual de beneficios para miembros

Para más ayuda:

Servicio para clientes del OHP800-273-0557

(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 elegibilidad ONE

800-699-9075

(se aceptan todas las llamadas de retransmisión)

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para el OHP, quiere informar cambios de domicilio, ingresos, otro servicio de salud, o necesita 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 enfermería800-562-4620

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 al **911**

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

Este manual de beneficios solo tiene información general. No da consejos médicos ni garantiza cobertura. Para conocer todos los detalles sobre sus beneficios y cobertura, como lo que no está cubierto, los límites y las reglas del plan, llame a servicios para clientes del OHP al **800-273-0557**

Esta versión del Manual de la Tarjeta Abierta es correcta a partir de su publicación en diciembre de 2025.

Para ver la versión actualizada en PDF visite OHP.Oregon.gov.