

# Guía de Seguros de Salud para el Consumidor



Esta guía fue producida por el Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios y la Oficina de Salud Pública de Oregon con fondos federales provistos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

La Oficina de Salud Pública de Oregon es la institución encargada de liderar los esfuerzos de la reforma de salud en Oregon y de monitorear los principales programas de salud, incluyendo el Programa de Salud de Oregon. Encuentre más información en: <http://www.oregon.gov/OHA>.

El Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios es la agencia reguladora más grande del estado. Protege a los consumidores y trabajadores de Oregon en áreas tales como la industria de seguros, servicios financieros, códigos de construcción, etc. Los representantes del consumidor ofrecen ayuda personalizada en cuanto a preguntas sobre seguros y quejas.

Teléfono: 1-888-877-4894

Salem: 503-947-7984

Sitio Web: [insurance.oregon.gov](http://insurance.oregon.gov)

Para pedir copias de esta guía, envíe un email a: [DCBS.insmail@state.or.us](mailto:DCBS.insmail@state.or.us)

### **Esta guía fue impresa en abril del 2011.**

Es posible que algunas porciones del texto necesiten actualización. Asegúrese de obtener la información más actualizada directamente de la agencia o programa de su interés.

# Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>3</b>
<b>¿Cómo funciona el seguro de salud de (grupo) del empleador?</b> .....	<b>4</b>
El empleador decide acerca de la cobertura y el costo del seguro.....	4
Condiciones preexistentes .....	4
Inscripción o cambio de plan de seguro .....	5
Primas de seguro .....	5
<b>¿Cómo funciona el seguro de salud individual?</b> .....	<b>6</b>
Comprando una póliza .....	6
Condiciones preexistentes .....	7
Primas de seguro .....	7
Una vez que usted tiene cobertura de seguro .....	7
<b>Tipos de seguros de salud</b> .....	<b>8</b>
Planes de beneficios limitados .....	9
<b>Comparando planes de seguros de salud</b> .....	<b>10</b>
Costos y límites de cobertura .....	10
Beneficios .....	10
Condiciones preexistentes .....	10
Elección de doctores .....	10
Servicio .....	11
<b>¿Qué clase de cuidado de salud debe pagar mi aseguradora?</b> .....	<b>12</b>
<b>Pago de facturas médicas</b> .....	<b>14</b>
<b>Términología usada en facturación</b> .....	<b>15</b>
<b>Facturación de seguro médico</b> .....	<b>17</b>
<b>Mi reclamación fue negada: ¿Qué debo hacer?</b> .....	<b>18</b>
<b>¿Qué pasa si pierdo mi trabajo?</b> .....	<b>20</b>
<b>Reformas de seguros</b> .....	<b>23</b>
<b>Programas de salud de Oregon</b> .....	<b>24</b>
<b>Contactos importantes</b> .....	<b>26</b>



# Introducción

Aproximadamente la mitad de residentes de Oregon reciben seguro de salud a través de un empleador, y algunos pagan por sí mismos por pólizas individuales o familiares. Más de la cuarta parte están cubiertos a través de programas públicos tales como Medicare y Medicaid. Aproximadamente 17 por ciento no tienen seguro.

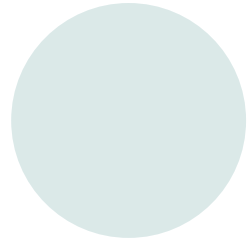
La Oficina de Salud Pública de Oregon ofrece una variedad de programas tales como cuidado de la salud y descuentos en prescripciones como también seguro para personas con condiciones de salud preexistentes. No todos los programas son basados en los ingresos de las personas. Para más información acerca de los programas visite: **Programas de Salud de Oregon.**

El Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios regula los seguros comerciales en Oregon para proteger a los consumidores. Ayudamos al consumidor a entender los seguros y a resolver quejas acerca de agentes y agencias de seguro.

**Teléfono:** 1-888-877-4894 o 503-947-7984

**E-mail:** [cp.ins@state.or.us](mailto:cp.ins@state.or.us)

**Sitio Web:** [insurance.oregon.gov](http://insurance.oregon.gov). Elija "consumers."



# ¿Cómo funciona el seguro de salud de (grupo)

## El empleador es quien decide acerca de la cobertura y el costo del seguro

- En la actualidad el empleador no está requerido a proveer o pagar por seguro de salud para trabajadores o sus familias.
- Si un empleador ofrece seguro de salud, lo debe ofrecer a todos los empleados *elegibles*. Generalmente el empleador determina cuales empleados son elegibles. Muchos empleadores ofrecen seguro de salud únicamente a empleados de tiempo completo.
- El empleador decide la cantidad del valor de la prima de seguros que pagará por los empleados y sus familiares, y la cantidad que los empleados deben pagar. Bajo algunas circunstancias la compañía de seguros puede requerir que el empleador pague un porcentaje específico del valor de la prima.
- El empleador elige la compañía de seguros y los beneficios ofrecidos al trabajador. Un plan o más pueden ser ofrecidos. El empleador puede también requerir que el empleado tome el plan de seguro de salud ofrecido y que pague una porción del costo.

## Condiciones preexistentes

Una condición preexistente es una condición médica para la cual se recibió opinión médica, diagnóstico, cuidado, o tratamiento antes de aplicar para seguro médico.

- Una aseguradora de salud de grupo no puede negar cobertura a un empleado o miembro de su familia (si es que el empleador ofrece cobertura para familiares) debido a una condición médica preexistente.



# del empleador?

- Sin embargo, la aseguradora puede establecer un periodo de espera para la cobertura de condiciones preexistentes para personas de 19 años o más. Las aseguradoras solo revisan los últimos seis meses de su historial médico para ver si usted tiene condiciones médicas preexistentes que ellos no cubrirán inmediatamente. La aseguradora no puede establecer periodo de espera para personas menores de 19 años. El periodo de espera para adultos de 19 años o más no puede exceder seis meses. Sin embargo puede tomar hasta 12 meses si es que usted trabaja para un empleador auto-asegurado o si usted no se inscribe una vez que se hace elegible.
- Si usted tuvo seguro de salud 63 días antes de la fecha en que empezó la nueva póliza, usted tendrá crédito por esa cobertura y el tiempo de espera para la cobertura de la condición preexistente será reducido un mes por cada mes de cobertura que usted haya tenido. Esto puede reducir o eliminar el tiempo de espera.
- Es posible que las aseguradoras de salud de grupo-pequeño no consideren el embarazo como una condición preexistente.
- En general, además de las condiciones preexistentes el empleador puede requerir que nuevos empleados y sus familiares esperen hasta 90 días antes de que puedan inscribirse en el plan de seguro de salud del empleador.

## Inscripción o cambio de plan de seguro

Cuando se le ofrezca un trabajo, pregunte cual es el tiempo de espera para poder inscribirse en el plan de seguro de salud del empleador. Después del periodo de inscripción inicial, generalmente usted debe esperar hasta el periodo de **inscripción abierta** para hacer cambios a su cobertura. Sin embargo se permite inscripciones especiales bajo circunstancias tales como matrimonios, nacimientos, pérdida de trabajo, etc

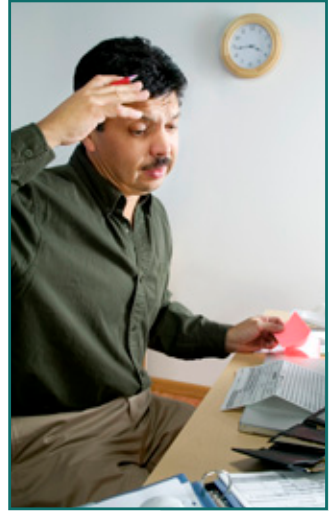
## Primas de seguro

Una compañía de seguro de salud puede cambiar las opciones de cobertura o incrementar anualmente el valor. Su empleador decide si es que su aporte subirá. Cualquier cambio en la cobertura y el costo es típicamente comunicado a los empleados durante el periodo anual de **inscripción abierta**. Durante este tiempo usted puede tomar decisiones acerca de las opciones de seguro que su empleador ofrece.

# ¿Cómo funciona el seguro de salud individual?

## Compra de una póliza

- Usted puede comprar un plan individual para usted y su familia a través de un agente o directamente de una compañía de seguros. Para encontrar una lista de compañías que venden planes de seguro individual en Oregon visite: [healthcare.gov](http://healthcare.gov).
- Cualquier persona mayor de 19 años que califica para estar bajo su cobertura debe completar una aplicación llamada "Oregon Standard Health Statement." Todas las compañías deben usar esta declaración para decidir si es que sus familiares adultos califican.
- La compañía preguntará si es que en los últimos cinco años usted ha tenido cualquier recomendación médica, diagnóstico, cuidado o tratamiento, incluyendo cualquier prescripción médica, cirugía u hospitalización. Puede ser necesario que usted pregunte a su médico o que revise sus récords médicos para poder completar correctamente esta aplicación.
- Si usted es menor de 19 años, no se le podrá negar cobertura debido a una condición preexistente incluyendo embarazo. Sin embargo, las aseguradoras podrán limitar su inscripción a los periodos asignados para inscripción, en Oregon estos periodos son febrero y agosto de cada año. Una propuesta pidiendo que las compañías ofrezcan inscripción abierta durante todo el año ha sido presentada ante la Legislatura del 2011. Si la propuesta pasa, las nuevas reglas pueden entrar en vigencia en el otoño del 2011. Para información actualizada visite el sitio Web de la División de Seguros del Estado: [insurance.oregon.gov](http://insurance.oregon.gov).
- Si usted tiene 19 años y está embarazada cuando aplica para un plan individual, una compañía de seguros puede legalmente negarle cobertura para usted y el padre del bebé. Sin embargo, no se le podrá negar cobertura si es que aplica durante el periodo de inscripción abierta.
- Si una compañía de seguros le niega cobertura a usted o a un miembro de su familia, usted puede aplicar para cobertura a través del Grupo de Aseguradoras de Salud de Oregon (OMIP) o del Grupo de Aseguradoras de Salud Federales (FMIP). El estado de Oregon opera ambos grupos de seguros de alto riesgo. La cobertura a través del programa del grupo federal comenzó el 1 de agosto del 2010, y ofrece nuevas



opciones para personas con condiciones de salud preexistentes. Estos programas terminarán después de enero del año 2014, fecha a partir de la cual las aseguradoras no podrán negar cobertura a personas con condiciones preexistentes. Para más información visite [omip.state.or.us](http://omip.state.or.us) o llame al 1-800-848-7280.

## Condiciones preexistentes

- Si usted es mayor de 19 años y ha sido aceptado para cobertura, las aseguradoras revisarán los últimos seis meses de su historial médico para ver si usted tiene condiciones médicas preexistentes que ellos no cubrirán inmediatamente. Es posible que deba esperar hasta seis meses antes de que su condición preexistente sea cubierta.
- Si usted tuvo seguro de salud 63 días antes de la fecha en que empezó la nueva póliza, usted tendrá crédito por esta cobertura, lo cual puede reducir o eliminar el tiempo de espera para que la condición médica preexistente sea cubierta.
- Si usted es menor de 19 años de edad, las aseguradoras no pueden negarle cobertura o hacerle esperar por cobertura en base a condiciones preexistentes.

## Primas de seguro

- El costo de su prima mensual por seguro de salud y cualquier cambio en el costo dependen del plan que usted elija, de su edad, del estado en donde vive, y del número de personas en su familia. El costo no puede ser basado en su salud o su historial médico.
- El costo de sus primas puede aumentar anualmente, típicamente reflejando los aumentos en costos médicos. Es posible que note aumentos adicionales en base al cambio de edad de usted o un miembro de su familia.

Hay muchos tipos de pólizas de seguros con una variedad de precios. La clave es encontrar la póliza que mejor cubre sus necesidades médicas y su presupuesto. Ejemplo: Si usted es joven y saludable, usted puede elegir un plan con un deducible más alto y primas más bajas. Quizá un plan enfocado en beneficios preventivos. Un plan que le permita seleccionar su doctor, o pagar menos por un tipo de cuidado administrado el mismo que requiere que su médico primario coordine el cuidado de su salud.

## Una vez que usted tiene cobertura de seguro

- Una compañía de seguros no puede cancelar su cobertura si es que usted se enferma.

# Tipos de planes de seguro

Ya sea que usted tenga seguro a través de su empleador o que usted pague por su propio seguro, el entender como funciona su póliza le ayudará a usar sus beneficios de la mejor manera.

## ●●● El cuidado administrado baja el costo de los seguros ●●●

La mayoría de las personas tiene algún tipo de cuidado administrado tal como un plan provisto por una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) o por una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO). Estos planes controlan el costo del cuidado de la salud al coordinar los beneficios de las pólizas de seguros con una red de “proveedores preferidos” tales como doctores y hospitales. Estos proveedores son empleados por las compañías aseguradoras o contratan con éstas.

Por ejemplo los planes PPO, firman contratos con selectos hospitales, doctores y otros proveedores médicos que están de acuerdo en proveer servicios a precios descontados. Si usted usa proveedores no-preferidos fuera de la “red de proveedores” generalmente usted pagará más. Es posible que necesite autorización de la compañía de seguros antes de que usted reciba los servicios de un proveedor no-preferido. Si usted no obtiene la autorización anticipadamente, la compañía aseguradora puede negar el pago por dichos servicios.



Los planes HMO usualmente requieren que usted elija un médico primario que conste en la lista de proveedores dentro de la red. Su médico primario administrará todo el cuidado de su salud. Excepto por emergencias, si usted necesita atención de otro proveedor médico, su médico primario tendrá que referirlo para que usted reciba el servicio.

## Planes con beneficios limitados

Este tipo planes están diseñados para ser usados con planes de seguros de salud comprensivos. No están diseñados para ser el único plan de salud.

- **Planes básicos con pago de hospital:** Estos planes cubren un número específico de días continuos de hospitalización y servicios específicos que no requieren hospitalización.
- **Planes básicos con pago de cirugía médica:** Estos planes solo cubren costos de cirugía médica necesaria y un número específico de días de hospitalización.
- **Planes con pago de hospitalización:** Estos planes pagan un monto fijo por cada día que usted esté hospitalizado.
- **Planes por accidente solamente:** Estos planes pagan por muerte, desmembramiento, incapacidad, hospital, y cuidado médico debido a un accidente.
- **Planes por una enfermedad específica:** Estos planes pagan por el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad específica o enfermedades como el cáncer.
- **Otros planes limitados:** Usted puede comprar seguro para cobertura dental, visión, u otro cuidado específico.



# Comparación de planes de seguros de salud

Aquí le ofrecemos algunas preguntas que usted debería hacer al momento de comparar planes de seguro. Si es que va a comprar un seguro individual o tiene que elegir entre los planes de seguro de grupo de su empleador.

## Costos y límites de cobertura

- ¿Cuanto costará su prima? ¿Cuanto será el deducible? ¿Con qué frecuencia deberá pagar el pago compartido (co-payment), o el pago por seguro compartido (co-insurance) será anualmente, o cada vez que use los servicios? ¿El deducible será aplicable por cada persona, o por toda la familia? ¿Hay deducibles separados por atención médica y por prescripciones médicas?
- ¿Existen límites, tales como el número de beneficios diarios o anuales, o el número de veces que usted puede recibir un servicio?
- ¿Existen límites en el número de visitas para cierto tipo de cuidado médico?
- ¿En el peor de los casos, cuanto es lo máximo que usted pagará de su propio bolsillo en un año calendario por servicios cubiertos (out-of-pocket máximo)? No descuide fijarse en los servicios no-cubiertos que usted tendrá que pagar.

● ● ●  
Usualmente, mientras más alto es el deducible, más baja es la prima mensual.

## Beneficios

- ¿Qué paga el plan? ¿Qué excluye el plan?
- ¿Están cubiertas las prescripciones médicas? ¿Están cubiertas sus prescripciones en la lista de medicamentos?

## Condiciones preexistentes

- Si está aplicando para seguro de salud individual (no a través de un empleador), padece usted de una condición médica que le permite aplicar para un seguro a través del grupo de seguros de alto riesgo (Grupo de Aseguradoras de Salud de Oregon, o el Grupo de Aseguradoras de Salud Federales) para personas con condiciones médicas preexistentes. Llame al 1-800-848-7280 para obtener información.

## Selección de doctores

- De manera que su gasto compartido sea lo menos posible ¿es su doctor parte de la red cubierta por su plan? Si no tiene un doctor,

¿están aprobados bajo su plan los doctores que actualmente están recibiendo nuevos pacientes en su área? ¿Cuán amplia es la red cubierta por su plan?

- ¿Puede usted elegir su propio doctor? ¿Necesita usted ser referido por su médico primario para ir a un especialista? ¿Requiere el plan autorización anticipada para ciertos servicios?
- ¿Tiene el plan doctores, farmacias, y hospitales cerca de su casa o su trabajo?
- Si es que usted viaja frecuentemente, ¿qué clase de cobertura puede usted obtener en áreas fuera de su red?

## Servicio al cliente

- ¿Cuánto tiempo toma para que una persona y no una máquina conteste cuando usted llama? ¿Tiene la compañía muchas quejas de consumidores? La división de Seguros puede informarle en que categoría está situada la compañía en cuanto a quejas del cliente. Llame al 503-947-7984 o al número gratis 1-888-877-4894.

### Alerta: Planes de servicios limitados

Es muy posible que usted vea en televisión anuncios de planes de seguro de salud a bajo costo. Seguramente usted se preguntará si estas ofertas son buenas para usted. La mayoría de las veces dichas ofertas son para planes con beneficios limitados, pólizas con beneficios reducidos y altos costos para usted.

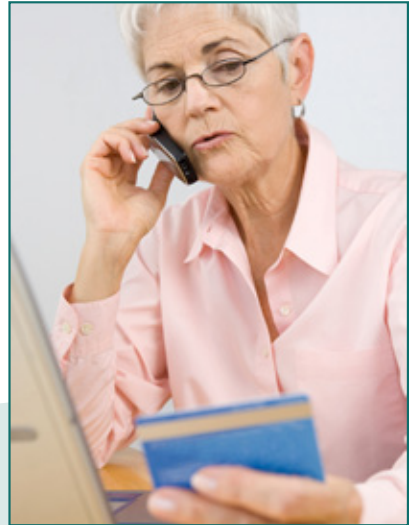
Por ejemplo: Un plan de beneficios limitados puede limitar la cantidad que la compañía pagará por cada ocasión de enfermedad. Los beneficios pueden ser tan bajos como de \$1,500 a \$5,000 (sin contar el costo compartido de seguro y los deducibles que usted tiene que pagar de su propio bolsillo) Estas pólizas también proveen beneficios limitados para cirugías, cuidado preventivo, exámenes médicos, y servicios de emergencia. Los bajos beneficios limitados llamados “caps” (límites) pueden dejarle a usted con grandes facturas por pagar.

### Alerta: Planes descontados

Los planes de descuento médico no son planes de seguro de salud. Estos solamente ofrecen descuentos de doctores, farmacias, y otros que contratan con el plan de descuento. Llame a la División de Seguros para más información.

# ¿Qué clase de cuidado de salud debe pagar mi

- Las aseguradoras pagan por los cuidados médicos definidos en su póliza. **No** pagan por los cuidados médicos listados en las exclusiones de la póliza.
- Las aseguradoras pagan solamente por tratamientos médicos que son médicamente necesarios. Médicamente necesario está definido en su póliza de seguro.
- Las aseguradoras **no** pagan por tratamientos médicos que son experimentales o investigativos.
- Ciertos planes bajo la reforma federal de salud deben cubrir servicios específicos de cuidado preventivo, sin que el cliente deba pagar por gastos compartidos. Si su plan está requerido a cubrir cuidados preventivos sin costo compartido, usted no tendrá pagos compartidos ni deducibles por ciertos servicios que sean provistos por proveedores médicos que pertenecen a la red. Ejemplos de cuidados médicos preventivos son: chequeos por cáncer del seno y del colon, chequeos por diabetes, colesterol, presión de la sangre, vacunas, visitas al pediatra, chequeo de la visión y la audición, así como también consultas para el tratamiento de obesidad.
- Si usted tiene 19 años o más, las aseguradoras pueden negar el pago por tratamiento de condiciones médicas preexistentes por seis meses, o hasta 12 meses si es que usted trabaja para un empleador que es auto-asegurado (auto-asegurado significa que el empleador paga reclamaciones por sí mismo en vez de contratar con una aseguradora). Si usted tuvo seguro de salud 63 días antes de la fecha en que empezó la nueva póliza, usted tendrá crédito por esta cobertura, lo cual puede reducir o eliminar el tiempo de espera para que la condición médica preexistente sea cubierta.
- Es posible que la aseguradora requiera que usted obtenga previa aprobación de la aseguradora para un tratamiento médico antes de que la aseguradora pague por el tratamiento.



# aseguradora?

- Sin embargo, usted no está requerido a obtener autorización para tratamiento médico de emergencia. Las compañías de seguro deben proveerle explicación escrita acerca de los servicios de emergencia.
- Oregon requiere que ciertos planes de seguro paguen por tratamientos médicos específicos. Para ver la lista visite: [insurance.oregon.gov/sehi/mandated\\_health\\_provisions.pdf](https://insurance.oregon.gov/sehi/mandated_health_provisions.pdf). Los empleadores auto-asegurados no están sujetos a estos requisitos. Ellos están sujetos a muchos de los requisitos del Acta de Cuidado Médico a Bajo Costo. Los empleadores auto-asegurados están regulados por el Departamento de Labor e Industrias de Los Estados Unidos, no por la división de seguros del estado. Para más información visite: [dol.gov/ebsa](https://dol.gov/ebsa).

## ● ● ● ¿Qué facturas médicas están cubiertas? ● ● ●

Las compañías de seguro tienen detalladas una por una las reglas acerca de cuando la cobertura es permitida. Usted puede pedir detalles de las reglas que cubren su tratamiento en particular. Sin embargo, la información anticipada muchas veces no es completa. Las decisiones finales en cuanto a cobertura usualmente son tomadas en base a detalles en los records médicos.

Lo que un agente o representante de la aseguradora diga, no cambia lo que una póliza cubre en un tratamiento médico. De hecho, la compañía puede decirle que no necesita autorización previa para un tratamiento médico. Esto no significa que la compañía cubrirá el costo del tratamiento, pero el tratamiento deberá cumplir con los requisitos de la póliza. Sin embargo, si se requiere y se obtiene autorización previa de la compañía para un tratamiento médico, la compañía puede ser responsable de pagar por el servicio que usted recibió.

# Pago de factura médicas

Usted y su compañía de seguros comparten el costo del cuidado médico cubierto por su póliza. Su póliza explica exactamente lo que su cobertura pagará y lo que usted debe pagar. Llame al número de servicio al cliente impreso en su tarjeta de seguro para saber como funciona su póliza. Aquí ofrecemos un ejemplo de como funciona un seguro de salud típicamente:

1. El momento que usted se registra para recibir cuidado médico usted tiene que entregar su tarjeta de seguro al proveedor médico u hospital.
2. Usted debe pagar al proveedor médico u hospital el pago compartido (co-payment) requerido por su plan de seguro.
3. Usualmente el proveedor médico enviará la factura por el resto del pago a su aseguradora. Si es que su proveedor médico no lo hace, usted deberá enviar la factura a la aseguradora.
4. La compañía de seguros le enviará una explicación de beneficios, la misma que listará la cantidad total cobrada por el proveedor, la cantidad máxima que la aseguradora permite para ese tipo de tratamiento, la cantidad que pagó la compañía de seguros y cuanto será el costo compartido que usted tendrá que pagar.

**Nota:** Si usted tiene más de un plan de seguro de salud de grupo (a través de un empleador), las compañías de seguro coordinarán el pago de beneficios. Esto significa que las compañías determinan que cantidad del costo del tratamiento médico pagará cada compañía.

5. Usted deberá hacer el pago que le corresponde a usted cuando reciba la factura.

## ●●● Consejo ●●●

Usted puede llamar a su compañía aseguradora o visitar el sitio Web de ésta para informarse anticipadamente cuanto será el costo compartido que deberá pagar por una cita médica, por un examen médico, por el nacimiento de un bebe, por vacunas, u otros tratamientos médicos comunes.

# Terminología usada en facturación

Este glosario está compuesto de la terminología más comúnmente usada en facturación de servicios médicos.

**Balance facturable (Balance billing):** Un balance facturable es la diferencia del costo permitido por la aseguradora y el precio del servicio que un proveedor cobra, usualmente usted deberá pagar la diferencia del costo. Por ejemplo: si el cargo del proveedor es \$100 y el costo permitido por la aseguradora es \$70, el proveedor le facturará a usted la diferencia del costo que es \$30. Un proveedor preferido no puede facturarle a usted por el balance restante.

**Cobertura de prescripciones (Prescription drug coverage):** Es la cantidad que el seguro de salud o plan paga por prescripciones médicas.

**Deducible (Deductible):** Es la cantidad que usted debe pagar por servicios de cuidado de salud antes de que su plan de seguro de salud empiece a pagar. Por ejemplo: si su deducible es \$1,000, su plan no pagará nada hasta que usted haya pagado esos \$1,000 del deducible por servicios de cuidado de salud sujetos al deducible. Es posible que el deducible no sea aplicable a todos los servicios.

**Límite de gasto de bolsillo (Out-of-pocket limit):** Lo máximo que usted paga de su propio bolsillo durante el periodo de una póliza (usualmente un año) antes de que su plan de seguro pague 100% del monto permitido. Este límite nunca incluye su prima, los balances cargados, o cuidados de salud que su plan no cubre. Algunos planes de seguro de salud tampoco incluyen sus pagos compartidos, deducibles, pagos compartidos de seguro, pagos por servicios fuera de la red, u otros gastos.

**Medicamento necesario (Medically necessary):** Son los servicios de cuidado médico o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar, o tratar una afección médica, enfermedad, síntomas, o lesión y que cumplen con los requisitos médicos aceptados.

**Monto permitido (Allowed amount):** Es la cantidad máxima permitida en la cual está basado el pago para servicios de salud cubiertos. Esto también puede ser conocido como “gasto elegible”, “pago permitido”, o “costo negociado”. Si su **proveedor médico** cobra más de la cantidad permitida, es posible que usted tenga que pagar la diferencia.

**Pago compartido (Co-payment):** Es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted debe pagar por un servicio médico cubierto, usualmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar de acuerdo al tipo de servicio de salud cubierto.

**Pago compartido dentro de la red (In-network co-payment):** Es una cantidad fija (por ejemplo \$15) por servicios de cuidado de salud cubiertos que usted paga a los proveedores que contratan con su compañía de seguro de salud. El pago compartido dentro de la red usualmente cuesta menos que el pago compartido fuera de la red.

**Pago compartido de seguro fuera de la red (Out-of-network co-insurance):** Es el porcentaje (por ejemplo 40%) del monto permitido por servicios de cuidado de salud cubiertos que usted paga a los proveedores que no contratan con su compañía de seguro de salud. El pago compartido de seguro fuera de la red usualmente cuesta más que el pago compartido de seguro dentro de la red.

**Pago compartido fuera de la red (Out-of-network co-payment):** Es una cantidad fija (por ejemplo \$30) por servicios de cuidado de salud cubiertos que usted paga a los proveedores que no contratan con su compañía de seguro de salud. El pago compartido fuera de la red usualmente cuesta más que el pago compartido dentro de la red.

**Pago de seguro compartido dentro de la red (In-network co-insurance):** Es el porcentaje (por ejemplo 20%) del monto permitido por servicios de cuidado de salud cubiertos que usted paga a los proveedores que contratan con su compañía de seguro de salud. El pago compartido de seguro dentro de la red usualmente cuesta menos que el pago compartido de seguro fuera de la red.

**Plan:** Un beneficio que su empleador, unión, u otro grupo auspiciante paga por sus servicios de cuidado de salud.

**Pre-autorización (Preauthorization):** Es una decisión hecha por su seguro o plan de salud acerca de si un tratamiento médico, una prescripción médica, o un equipo médico son médicamente necesarios. Algunas veces esto es conocido como autorización previa, aprobación previa, o pre-certificación. Su seguro de salud o plan puede requerir autorización previa para ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en casos de emergencia. La pre-autorización no significa que la compañía cubrirá el costo del tratamiento.

**Prima de seguro (Premium):** Es la cantidad que debe ser pagada por su seguro de salud o su plan. Usted o su empleador usualmente deben pagar la prima mensualmente, trimestralmente, o anualmente.

**Proveedor (Provider):** Es un doctor en medicina, un profesional de la salud, o una institución acreditada con las certificaciones requeridas por la ley del estado para proveer cuidado de la salud.

**Proveedores no-preferidos (Non-preferred provider):** Es un proveedor que no tiene contrato con su plan de seguro médico para proveer servicios. Usted pagará más por esos servicios. Revise su póliza para ver si usted puede ir a todos los proveedores contratados por su plan de seguro de salud, o si su

plan tiene una red clasificada y usted tiene que pagar extra para recibir servicios de algunos proveedores.

**Proveedor preferido (Preferred provider):** Es un proveedor que tiene contrato con su seguro médico o plan para proveerle servicios descontados a usted. Revise su póliza para ver si usted puede ir a todos los proveedores contratados por su plan de seguro de salud, o si su plan tiene una red clasificada y usted tiene que pagar extra para recibir servicios de algunos proveedores. Su seguro de salud o plan puede también tener proveedores preferidos “participantes”. Los proveedores participantes también contratan con su seguro de salud o plan pero el descuento puede ser menor y usted puede tener que pagar más.

**Red (Network):** Son los proveedores médicos que pertenecen al grupo de proveedores contratados por su plan de seguro médico para proveer servicios de cuidados de salud.

**Servicios excluidos (Excluded services):** Servicios de cuidado de salud que no están cubiertos por su plan de seguro de salud.

**UCR (Usual, customary, and reasonable):** El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica en base a lo que los proveedores usualmente cobran por servicios similares. El monto de UCR algunas veces es usado para determinar el **monto permitido**.

## Facturación de seguro médico

### Ejemplo de cómo usted y su aseguradora comparten el costo de su cuidado médico

Deducible: \$1,500	Co-seguro: 20%	Límite de gasto de bolsillo: \$5,000
1 de Enero: comienza el periodo (1 año) de la póliza	Medio año	31 de Diciembre: termina el periodo de la póliza
Usted aun no paga su deducible de \$1,500. Su plan no paga ninguna porción del costo hasta que el deducible sea alcanzado.	Usted alcanza su deducible de \$1,500. Su plan de seguro comienza a pagar los pagos compartidos.	Usted alcanza su límite de gasto de bolsillo \$5,000. Su plan pagará el costo completo de los servicios cubiertos el resto del año.
	Su plan pagará parte del costo de sus próximas citas	
Costo de cita médica <b>.\$125</b> Usted paga ..... <b>\$125</b> <b>Plan paga ..... \$0</b>	Costo de cita médica ..... <b>\$75</b> Usted paga <b>20% de \$75 = \$15</b> <b>Plan paga: 80% of \$75 = \$60</b>	Costo de cita médica ..... <b>\$200</b> Usted paga ..... <b>\$0</b> <b>Plan paga ..... \$200</b>

# Mi reclamación fue negada: ¿Qué debo hacer?

Los planes de beneficios de salud definen los procedimientos de apelación de su póliza. Usted puede apelar la decisión de negar su reclamación de una compañía de seguros o la decisión de pagar menos del valor facturado.

Usted tiene derecho a:

- Recibir una explicación de los procedimientos de la compañía de seguros en cuanto a reclamaciones.
- Recibir una explicación escrita, fácil de entender por cada apelación.
- Presentar una queja a la División de Seguros de Oregon. Puede hacerlo vía internet: [www.insurance.oregon.gov](http://www.insurance.oregon.gov) o llamando al número gratuito: 1-888-877-4894. La división puede ayudarle con cualquier problema que tenga para llenar el papeleo necesario para las apelaciones, presentar una queja, o inscribirse en un plan de seguro de salud.

## Tipos de apelaciones (Types of appeals)

Su primera apelación debe ser a través de la compañía de seguros, esto se conoce como revisión o apelación interna. Si es que una disputa no es resuelta satisfactoriamente, algunas disputas califican para una revisión externa realizada por un grupo independiente.

### Revisión interna (Internal review)

- Para planes de beneficios de salud individuales o de grupo, usted tiene derecho a una revisión interna (apelación interna) realizada por personas que previamente no han estado involucradas en la disputa.
- Generalmente su compañía de seguros debe tomar una decisión y responder en no más de 30 días.
- Si su compañía de seguros necesita más tiempo, debe notificarle a usted la razón y enviarle la decisión en no más de 15 días adicionales. No es permitido hacer ninguna otra extensión.
- Si su compañía de seguros niega su apelación interna, usted puede tener derecho a pedir una revisión externa imparcial.

### Revisión externa (External review by independent third party)

Si su compañía de seguros rechaza su apelación interna, usted tiene derecho a una revisión externa independiente de cualquier "determinación de beneficios adversos." Una determinación de beneficios adversos ocurre cuando una aseguradora rechaza, termina, o se niega a pagar por un servicio médico o por parte de éste debido a que:

- Ellos terminaron o cancelaron su plan.
- El servicio que ellos negaron, comúnmente sería cubierto, pero ellos han impuesto una exclusión debido a una condición pre-existente, o debido al servicio de un proveedor fuera de la red, u otra exclusión o limitación.
- Ellos han negado el pago del servicio debido a que es experimental, de investigación, o no es médicamente necesario.
- Ellos han determinado que la reclamación es parte de un tratamiento anterior y debería ser pagado por su proveedor del cuidado de la salud anterior, debido a la ley de continuidad de cuidado de la salud de Oregon.

Para más información acerca de revisiones externas visite: [insurance.oregon.gov/consumer/exreview/external\\_review\\_overview.html](https://insurance.oregon.gov/consumer/exreview/external_review_overview.html).

### **Revisión expeditada (Expedited review)**

Su compañía de seguro debe tener un proceso para responder a emergencias rápidamente. Esto se conoce como “Revisión Expeditada.” Todo el proceso, incluyendo la revisión externa, debe ser conducido máximo en 72 horas o menos si es que es necesario.



# ¿Qué pasa si pierdo mi trabajo?

Es posible que los programas de seguro ya sean públicos o privados puedan ayudarle a mantener su seguro si es que usted pierde su trabajo y su seguro de salud. Es importante no retrasar una decisión debido a los límites de tiempo que algunas opciones de seguro tienen.

Si es que usted no ha tenido seguro de salud por 63 días, usted puede tener un tiempo de espera antes de que una compañía de seguros pague por tratamientos de una condición médica preexistente.

## ● ● ● *Consejo* ● ● ●

Visite [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) para información acerca de sus opciones de seguro de salud en Oregon y la reforma federal de salud.

## Seguro a través del cónyuge o pareja doméstica

- Si un cónyuge o pareja doméstica tiene seguro a través del empleador, puede añadir a miembros de la familia a su póliza de seguro de salud tan pronto como sea posible. Pregunte a su empleador qué debe hacer.

## Continuación del seguro de salud de su último empleador COBRA

- Si usted pierde su trabajo y su empleador continúa operando y tiene 20 empleados o más, la ley federal conocida como COBRA permite que usted compre y continúe con el mismo plan de seguro. Usted es elegible para continuar con su seguro por 18 meses mientras continúe pagando sus primas. En algunos casos, usted puede mantener su seguro por 36 meses. Su compañía de seguros le enviará una notificación con sus opciones de COBRA.
- Usted debe pagar el costo completo del seguro.
- Los beneficios de COBRA también están permitidos en caso de divorcio, separación legal, o si uno de los conyugues fallece.
- Si usted tiene 55 años o más y tenía seguro a través de su cónyuge pero se divorcia, se separa legalmente o enviuda. La ley de Oregon permite que usted mantenga el seguro de salud del empleador de su cónyuge hasta que usted sea elegible para Medicare. Esto es aplicable solamente para empleadores que tienen 20 empleados o más.

## State continuation)

Si usted trabaja para un empleador con menos de 20 empleados esto se conoce como “state continuation”. Usted puede continuar por 9 meses con el mismo seguro de salud que tenía a través del empleador, pero usted tiene que pagar el costo total de la cobertura.

- Si usted está interesado en esta opción, debe notificar a su empleador inmediatamente. Usted debe haber tenido cobertura por lo menos por tres meses y no puede ser elegible para Medicare.
- Esta opción también está disponible en caso de divorcio, separación legal, o si es que el cónyuge que trabaja llegara a fallecer.

Para más información póngase en contacto con el empleador o la compañía de seguros.

## Portabilidad

- Portabilidad es una póliza individual ofrecida por la misma compañía de seguros que proveía su seguro de grupo en su trabajo. La portabilidad está garantizada sin importar su condición médica, y empieza el siguiente día de que su cobertura de grupo termina sin periodo de espera. Para calificar para portabilidad usted debe haber tenido cobertura de grupo por seis meses y no ser elegible para Medicare.
- Usted puede comprar seguro de portabilidad en vez de usar COBRA o su plan de continuación del estado. O si usted ya usó COBRA, usted puede comprar seguro de portabilidad una vez que su cobertura de COBRA termine. A diferencia de la cobertura de COBRA usted puede mantener sus beneficios de portabilidad por el tiempo que usted desee.
- Los planes de portabilidad tienen beneficios y costos diferentes a los de su pasado empleador y es posible que no pague los mismos cuidados médicos que el plan de su empleador. Las aseguradoras están requeridas a ofrecerle planes para su selección – uno con un deducible de \$750 y otro con un deducible de \$1,500.
- Usted debe pagar el costo total de su póliza de portabilidad.
- Los planes auto-asegurados (típicamente ofrecidos a través de empleadores grandes) no ofrecen portabilidad. Usted puede ser elegible para un plan de portabilidad a través del Grupo de Seguros Médicos de Oregon, OMIP.

## Seguro individual para usted y su familia (Individual insurance — self and family)

- Usted puede aplicar directamente para una cobertura de seguro de salud para usted y su familia, o con un agente de seguros para encontrar una póliza.

## Grupo de Aseguradoras de Salud de Oregon — OMIP (Oregon Medical Insurance Pool)

- Si a un miembro de la familia se le ha negado cobertura, él o ella puede aplicar para un programa del grupo de seguros de alto riesgo del estado operados con fondos estatales y federales. Para más información visite: [omip.state.or.us/](http://omip.state.or.us/).

## Seguro médico de corto plazo (Short-term medical insurance)

- Usted puede calificar para comprar seguro temporal mensual o algunas veces diario. Típicamente este seguro tiene un límite de seis meses de cobertura y no cubre condiciones de salud preexistentes.

## Programas públicos (Public programs)

- La sección **Programas de Salud de Oregon** ofrece una lista de programas que ayudan a personas con ingresos limitados.

### ••• Consejo •••

¡Utilice los doctores y los hospitales de la red para ahorrar dinero!



# Reformas de seguros

Aunque la mayoría de reformas empiezan en el año 2014, el Acta Federal de Cuidado a Bajo Costo del 2010 hizo algunos cambios a las pólizas de seguro o prácticas que ya entraron en efecto en el 2010. Aquí ofrecemos algunas de las reformas.

Pregunte a su aseguradora si estas reformas son aplicables para su seguro y cuando. No todos los planes tienen que incluir todas las reformas.

- Las compañías de seguro y empleadores que ofrecen cobertura a familiares deben cubrir hijos adultos hasta los 26 años de edad.
- Las compañías de seguro no pueden negar cobertura a personas menores de 19 años que tienen condiciones de salud preexistentes y que aplican durante el periodo de inscripción abierta. En Oregon, estos periodos son febrero y agosto de cada año. Una propuesta pidiendo que las compañías ofrezcan inscripción abierta durante todo el año ha sido Presentada ante la Legislatura del 2011. Si la propuesta pasa, las nuevas reglas pueden entrar en vigencia en el otoño del 2011. Para información actualizada visite el sitio Web de la Division de Seguros del Estado: [insurance.oregon.gov](http://insurance.oregon.gov). El plan tampoco puede aplicar periodo de espera a menores de 19 años con condiciones de salud preexistentes.
- Los planes deben proveer ciertos beneficios preventivos (tales como vacunas) sin pago compartido (co-pay) ni pago compartido de seguro (co-insurance).
- Las pólizas no pueden incluir ningún **límite de duración** con referencia a cuanto pagarán para cubrir beneficios esenciales.
- Los límites **anuales** de beneficios esenciales serán programados en un periodo de tres años.
- La cancelación, o la cancelación retroactiva de una póliza está limitada a casos de fraude o información de hecho mal representada. Por ejemplo si es que intencionalmente usted presenta información falsa u omite información en su aplicación de seguro.
- Las compañías de seguro y los planes del empleador no pueden requerir que usted sea referida por su médico primario para cuidado ginecológico o de embarazo. Mientras usted vaya a un proveedor que es parte de la red de proveedores que contratan con su compañía de seguro.

# Programas de Salud de Oregon

**Healthy Kids (Niños Saludables):** El programa Healthy Kids provee cobertura de cuidado de salud sin costo o a bajo costo a todos los niños y adolescentes de Oregon. Inclusive las familias de recursos económicos medianos pueden calificar. Las familias que tienen niños sin seguro de salud deberían aplicar para Healthy Kids lo más pronto posible.

**Teléfono:** 1-877-314-5678.

**Sitio Web:** [www.OregonHealthyKids.gov](http://www.OregonHealthyKids.gov)

**OHP Standard (Programa de salud de Oregon – Standard):** El programa OHP Standard provee cuidado de salud gratuito o a bajo costo para residentes de Oregon mayores de 19 años que tienen ingresos limitados y no califican para el cuidado tradicional de Medicare.

**Teléfono:** 1-800-359-9517.

**E-mail:** [dmap.info@state.or.us](mailto:dmap.info@state.or.us)

**Sitio Web:** [oregon.gov/DHS/healthplan/](http://oregon.gov/DHS/healthplan/)

**OHP Plus (Programa de salud de Oregon – Plus):** El programa OHP Plus provee cobertura de cuidado de salud a aquellos residentes de Oregon que son ancianos, ciegos, incapacitados, menores de 19 años, mujeres embarazadas, o aquellos recibiendo beneficios de asistencia temporal para familias (Temporary Assistance for Needy Families). El programa OHP Plus incluye la opción de asistencia pública sin costo del Programa de Healthy Kids y el Programa de Children's Health Insurance (CHIP).

**Teléfono:** 1-800-359-9517.

**E-mail:** [dmap.infor@state.or.us](mailto:dmap.infor@state.or.us)

**Sitio Web:** [oregon.gov.DHS/healthplan/](http://oregon.gov.DHS/healthplan/)

**Oregon ContraceptiveCare Program (Programa de Cuidado Contraceptivo de Oregon):** Provee servicios de cuidado anticonceptivo a mujeres, hombres, y adolescentes elegibles.

**Teléfono:** 1-800-723-3638

**Sitio Web:** <http://ccare.oregon.gov>

**Oregon Public Health (Salud Pública de Oregon):** Administra una variedad de programas para mejorar la salud de los residentes de Oregon a través de programas y servicios preventivos. Incluyendo vacunas.

**Teléfono:** 971-673-1222

**Sitio Web:** [oregon.gov/DHS/](http://oregon.gov/DHS/)

**Oregon Family Health Program (Programa de Salud Familiar de Oregon):** Administra programas para mujeres, infantes, y niños; así como también los servicios de nutrición suplemental de WIC y servicios de planificación familiar.

**Teléfono:** 971-673-0232

**Sitio Web:** [www.oregon.gov/DHS/ph/ofhs/](http://www.oregon.gov/DHS/ph/ofhs/)

## County Health Clinic and other county services (Clínica de Salud y otros Servicios del Condado)

**Sitio Web:** [www.oregon.gov/DHS/ph/lhd/lhd.shtml](http://www.oregon.gov/DHS/ph/lhd/lhd.shtml)

**CAREAssist – (Programa de Oregon para Asistencia de Medicamentos para AIDS):** Este programa del estado ayuda a pagar por el cuidado médico de aquellos residentes de Oregon que padecen de HIV o AIDS.

**Teléfono:** 1-800-805-2313

**Sitio Web:** [www.oregon.gov/DHS/ph/hiv/careassist/index.shtml](http://www.oregon.gov/DHS/ph/hiv/careassist/index.shtml)

**Family Health Insurance Assistance Program FHIAP (Programa de Asistencia de Seguro de Salud Familiar):** Este programa del estado ayuda a residentes de Oregon a pagar las primas de seguro de salud a través del empleador o plan de salud individual.

**Teléfono:** 503-373-7419 (Salem) o 1-888-564-9669

**E-mail:** [ophp.mail@state.or.us](mailto:ophp.mail@state.or.us)

**Sitio Web:** [fhiap.oregon.gov](http://fhiap.oregon.gov)

**Oregon Prescription Drug Program (Programa de Oregon para Descuento de Medicamentos):** Este programa del estado provee descuentos en medicamentos, especialmente en medicamentos genéricos. Está disponible para todos los residentes de Oregon, sin importar la edad, ingresos, o la disponibilidad de seguro.

**Teléfono:** 1-888-411-6737

**Sitio Web:** [www.oregon.gov/OHA/OPDP/index.shtml](http://www.oregon.gov/OHA/OPDP/index.shtml)

## ¿Le han negado seguro de salud?

**Programas para condiciones preexistentes:** El Grupo de Seguros Médicos de Oregon (OMIP) y el Grupo de Aseguradoras de Salud Federales (FMIP) cubren a aquellos residentes de Oregon a los que se les ha negado cobertura de salud debido a condiciones de salud. OMIP también ofrece cobertura a personas que han agotado los beneficios de COBRA y no tienen otras opciones disponibles.

**Teléfono:** 503-225-6620 (Portland) o 1-800-848-7280

**E-mail a:** [omip.mail@state.or.us](mailto:omip.mail@state.or.us)

**Sitio Web:** [www.omip.state.or.us](http://www.omip.state.or.us)

**Clínicas gratuitas o con precios reducidos:** Centros de salud financiados federalmente ofrecen cuidados de la salud gratuito o a precios reducidos en áreas urbanas y rurales. La opción **Find a Health Center** le ayudará a encontrar estos centros. Ingrese una dirección, ciudad, o condado y la opción **Find a Health Center** localizará los centros más cercanos.

**Sitio Web:** [http://findahealthcenter.hrsa.gov/Search\\_HCC.aspx](http://findahealthcenter.hrsa.gov/Search_HCC.aspx)

# Contactos importantes

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services (HSS)):** En el sitio Web de esta agencia, usted puede encontrar una lista de opciones de seguro público y privado. Lo cual facilita que usted encuentre la cobertura de seguro que le sea más conveniente.

**Sitio Web:** [healthcare.gov](http://healthcare.gov)

**División de Seguros de Oregon (Oregon Insurance Division):** Esta agencia del estado protege a los consumidores a través de la regulación de la industria de seguros. Los representantes del consumidor pueden contestar preguntas generales acerca de seguros y ayudarle a presentar una queja contra una compañía o agente de seguros.

**Teléfono:** 503-947-7984 (Salem) o 1-888-877-4894

**E-mail:** [cp.ins@state.or.us](mailto:cp.ins@state.or.us)

**Sitio Web:** [insurance.oregon.gov](http://insurance.oregon.gov)

**Departamento de Labor de Los Estados Unidos (U.S. Department of Labor (Employee Benefits Security Administration)):** Información y reglas para personas cuyos empleadores son auto-asegurados.

**Teléfono:** 1-866-444-3272

**Sitio Web:** [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa)

## Recursos de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad (Senior Health Insurance Resources)

**Medicare:** Es el seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con incapacidades y personas que sufren de malfuncionamiento de los riñones.

**Teléfono:** 1-800-633-4227 (24 horas al día, 7 días a la semana)

**Sitio Web:** [medicare.gov](http://medicare.gov)

**Asistencia de Beneficios de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad (Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA)):** Este programa del estado ofrece asistencia personalizada para ayudar a que las personas comprendan las opciones de Medicare.

**Teléfono:** 1-800-722-4134

**E-mail:** [shiba.oregon@state.or.us](mailto:shiba.oregon@state.or.us)

**Sitio Web:** [oregonshiba.org](http://oregonshiba.org)

**Administración del Seguro Social:** Aquí es donde los beneficiarios de

Medicare aplican para obtener “ayuda extra” para la Parte D de los costos de prescripciones médicas.

**Teléfono:** 1-800-772-1213 (de 7 a.m. a 7 p.m. de lunes a viernes)

**Sitio Web:** [ssa.gov](http://ssa.gov)

## ¿A donde acudir por ayuda?

**La Conexión de Salud de Oregon** es el nuevo sitio Web del estado para ayudarle a obtener información acerca del cuidado de salud y seguro de salud en Oregon. Use el Directorio de Recursos para buscar programas de seguro del estado o locales y para ponerse en contacto con organizaciones de la comunidad que proveen servicios de salud. Aprenda como funciona el seguro de salud incluyendo sus derechos de apelación. La División de Seguros de Oregon ofrece un número telefónico gratuito para ayudar a personas que necesitan asistencia para entender sus opciones de seguro y para ayudar a resolver quejas acerca de una agencia o agente de seguros.

**Teléfono:** 1-855-999-3210

**E-mail:** [health.connect@state.or.us](mailto:health.connect@state.or.us)

**Sitio Web:** [www.oregonhealthconnect.org](http://www.oregonhealthconnect.org)





●●● Representantes del Consumidor ●●●

Asistencia gratuita y personalizada para  
información, preguntas, y quejas acerca de seguros

Teléfono: 1-888-877-4894

Salem área: 503-947-7984

[insurance.oregon.gov](http://insurance.oregon.gov)



# ¿A donde acudir por ayuda?

La *Conexión de Salud de Oregon* es el nuevo sitio Web del estado para ayudarle a obtener información acerca del cuidado de salud y seguro de salud en Oregon.



Use el *Directorio de Recursos* para buscar programas de seguro del estado o locales y para ponerse en contacto con organizaciones de la comunidad que proveen servicios de salud. Aprenda como funciona el seguro de salud incluyendo sus derechos de apelación.



[www.oregonhealthconnect.org](http://www.oregonhealthconnect.org)

Teléfono: 1-855-999-3210

E-mail: [health.connect@state.or.us](mailto:health.connect@state.or.us)



440-4618s (4/2011/COM)