

Guía de Avisos ONE

Ayudando a los socios comunitarios a navegar los avisos del Sistema ONE.

Renovación Médica Pasiva Solicitud de Información

Para las personas con discapacidades o las personas que hablan un idioma que no sea el Inglés, OHA puede dar formatos alternativos como traducciones, letra grande o braille. Llame a la línea gratuita al 503-945-5488 (aceptamos llamadas de retransmisión) o envíe un correo electrónico a feedback@odhsoha.oregon.gov.

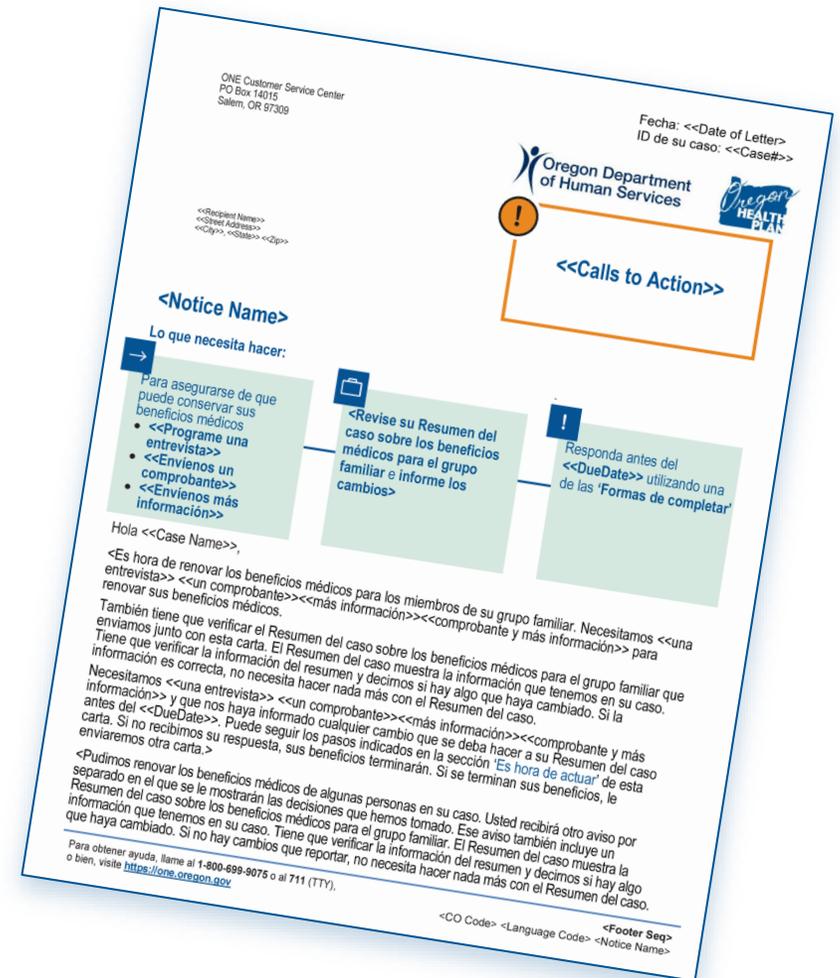
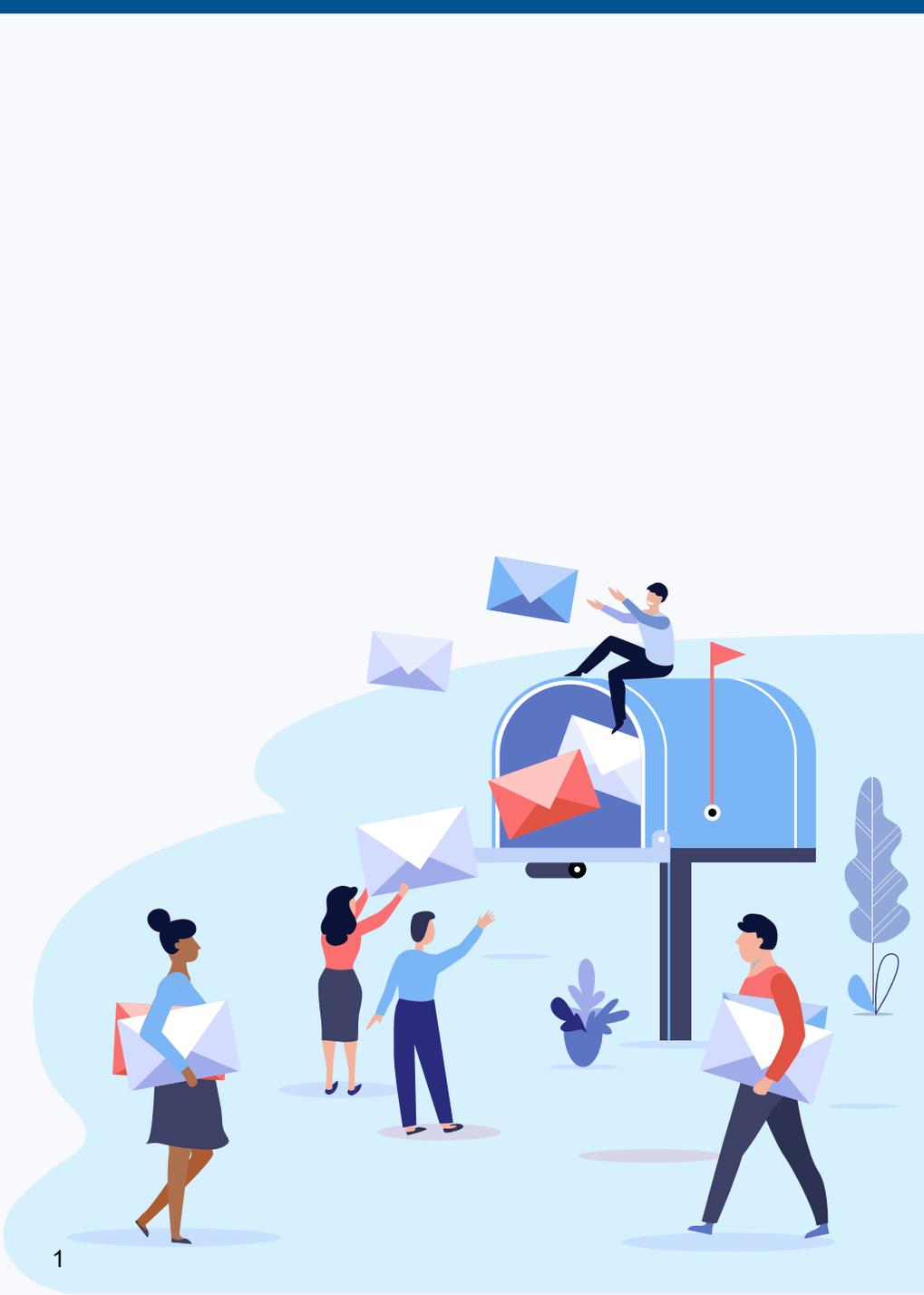


Tabla de Contenidos

Entendiendo Las Guías de Aviso del Sistema ONE	2
Introducción al Aviso de Solicitud de Información de Renovación Médica Pasiva	3
Portada: Aviso de RFI de Renovación Pasiva Médica	4-5
Acción Necesaria: Entrevista	6
Acción Necesaria: Comprobantes que Necesitamos	7
Acción Necesaria: Ejemplos de Comprobantes	8
Acción Necesaria: Información que Necesitamos	9
Acción Necesaria: Revisar y Completar	10
Recursos	11-12
Sus Derechos	13
Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar	14-16
Ejemplo de aviso redactado: RFI de Renovación Pasiva Médica	17-25



Entendiendo Las Guías de Aviso del Sistema ONE

Las guías de avisos del sistema ONE describen de una forma clara y simple los avisos de elegibilidad de ONE. Cada guía describe las secciones generales y el contenido de los diferentes tipos de avisos, incluyendo los elementos que se muestran en la siguiente imagen. Los socios pueden usar estas guías para ayudar a que las personas que reciben beneficios sepan qué esperar y cómo navegar su proceso de renovación.

Página de Ejemplo

La portada resume el estado actual de los beneficios de las personas y describe las acciones que deben tomar.

The screenshot shows a notice from the ONE Customer Service Center. It includes a QR code, recipient address, and case information. The notice is divided into sections: a header with logos, a 'Calls to Action' section with an orange warning icon and a green success icon, a 'Lo que necesita hacer' section with a flowchart, and a main body of text. Annotations with orange lines point to these sections, explaining their purpose and content.

ONE Customer Service Center
PO Box 14015
Salem, OR 97309

Fecha: <<Date of Letter>>
ID de su caso: <<Case #>>

Oregon Department of Human Services
Oregon HEALTH PLAN

<<Calls to Action>>

<<Calls to Action>>

<<Notice Name>>

Lo que necesita hacer:

<<1st Main thing the member should know about>>

Revise su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar e informe los cambios.

Para saber qué debe hacer ahora, vea Sus próximos pasos.

Hola << Case Name>>

<Se renovaron los beneficios médicos en su caso y estos continuarán.

También tiene que verificar el Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar que enviamos junto con esta carta. El Resumen del caso muestra la información que tenemos en su caso. Tiene que verificar la información del resumen y decimos si hay algo que haya cambiado. Si la información es correcta, no necesita hacer nada más con el Resumen del caso.>

<Se renovaron algunos de los beneficios médicos en su caso y estos continuarán. Algunos de sus beneficios médicos se terminarán.

También tiene que verificar el Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar

Para obtener ayuda llame al 1-800-699-9075 o al 711 (TTY) o visite www.oregon.gov/dhs/es/

Footer: <<Footnote>> <<Code>> <<LanguageCode>> <<NoticeName>>

El código QR en la esquina superior izquierda es para que el estado identifique el correo devuelto.

Las áreas marcadas en corchetes dobles (<< >>) variarán dependiendo de la información del hogar de las personas (por ejemplo, nombre, dirección, número de identificación del caso) y lo que necesitan hacer.

Cada aviso tiene un cuadro de "llamado a la acción" que muestra el propósito del aviso. El texto en el cuadro variará según la situación de la persona y lo que el Estado necesita de ellos. El color alrededor de la caja variará según si los beneficios de las personas se renovaron con éxito (verde) o se renovaron, negaron o cerraron parcialmente (naranja).

La sección "Lo que necesita hacer" da una descripción general de lo que las personas deben hacer y para cuándo. También puede dirigir a las personas a otras partes del aviso para encontrar la información que necesitan. Este texto variará según el tipo de aviso.

Información específica para las personas

Las áreas marcadas entre corchetes dobles (<< >>) incluyen información única de las personas, como su nombre, dirección, número de identificación de caso y acciones que deben tomar.

Notas detalladas de la página

Los párrafos a la derecha de la imagen del aviso incluyen información específica de cada página.

Título y resumen de la página

Las descripciones a la izquierda de la imagen resumen la información incluida en cada página.

Introducción al Aviso de Solicitud de Información de Renovación Médica Pasiva

Resumen: Avisos de Elegibilidad ONE

Los Avisos de Elegibilidad del Sistema ONE son cartas que las personas reciben por correo sobre sus beneficios médicos e incluyen información como la cantidad de su beneficio mensual, las fechas de inicio y fin de sus beneficios, y cualquier acción que deban tomar para mantener su elegibilidad. Los avisos variarán según el estado de elegibilidad de las personas y los tipos de beneficios que reciben.

En esta guía: Aviso de Solicitud de Información de Renovación Médica Pasiva (RFI)

Las personas pueden recibir un aviso de Solicitud de Información de Renovación Médica Pasiva si necesitan tomar medidas para asegurarse de que califican para los beneficios, como completar una entrevista o dar información adicional. Este tipo de aviso incluirá una lista de lo que las personas deben hacer, cuándo y dónde pueden ir para obtener ayuda.



Portada: Aviso de RFI de Renovación Pasiva Médica (1 de 2)

La portada resume el estado actual de los beneficios de las personas y describe las acciones que deben tomar.

ONE Customer Service Center
PO Box 14015
Salem, OR 97309

<<Recipient Name>>
<<Street Address>>
<<City>>, <<State>> <<Zip>>

Fecha: <<Date of Letter>>
ID de su caso: <<Case#>>



<<Calls to Action>>

<Notice Name>

Lo que necesita hacer:

→ Para asegurarse de que puede conservar sus beneficios médicos

- <<Programe una entrevista>>
- <<Envíenos un comprobante>>
- <<Envíenos más información>>

📁 <Revise su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar e informe los cambios>

! Responda antes del <<DueDate>> utilizando una de las 'Formas de completar'

Hola <<Case Name>>,

<Es hora de renovar los beneficios médicos para los miembros de su grupo familiar. Necesitamos <<una entrevista>> <<un comprobante>><<más información>><<comprobante y más información>> para renovar sus beneficios médicos.

También tiene que verificar el Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar que enviamos junto con esta carta. El Resumen del caso muestra la información que tenemos en su caso. Tiene que verificar la información del resumen y decimos si hay algo que haya cambiado. Si la información es correcta, no necesita hacer nada más con el Resumen del caso.

Necesitamos <<una entrevista>> <<un comprobante>><<más información>><<comprobante y más información>> y que nos haya informado cualquier cambio que se deba hacer a su Resumen del caso antes del <<DueDate>>. Puede seguir los pasos indicados en la sección 'Es hora de actuar' de esta carta. Si no recibimos su respuesta, sus beneficios terminarán. Si se terminan sus beneficios, le enviaremos otra carta.>

<Podimos renovar los beneficios médicos de algunas personas en su caso. Usted recibirá otro aviso por separado en el que se le mostrarán las decisiones que hemos tomado. Ese aviso también incluye un Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar. El Resumen del caso muestra la información que tenemos en su caso. Tiene que verificar la información del resumen y decimos si hay algo que haya cambiado. Si no hay cambios que reportar, no necesita hacer nada más con el Resumen del caso.

Para obtener ayuda, llame al 1-800-699-9075 o al 711 (TTY),
o bien, visite <https://one.oregon.gov>

<Footer Seq>
<CO Code> <Language Code> <Notice Name>

El código QR en la esquina superior izquierda es para que el Estado identifique el correo devuelto.

Las áreas marcadas entre corchetes dobles (<< >>) variarán dependiendo en la información del hogar de las personas (por ejemplo, nombre, dirección, número de identificación del caso) y lo que necesitan hacer.

Cada aviso tiene un cuadro de "llamado a la acción" que muestra el propósito del aviso. El texto en el cuadro variará según la situación de la persona y lo que el estado necesita de ellos.

La sección "Lo que necesita hacer" da una descripción general de lo que las personas deben hacer y para cuándo. También puede dirigir a las personas a otras partes del aviso para encontrar la información que necesitan. Este texto variará según el tipo de aviso.

La portada repite la información que las personas deben dar o las acciones que deben tomar, cuándo y qué sucederá si no responden. Dependiendo en la situación, las personas pueden necesitar programar una entrevista, dar comprobantes o más información. Esta sección también incluye dónde pueden ir las personas para obtener ayuda para entender el aviso.

Portada: Aviso de RFI de Renovación Pasiva Médica (2 de 2)

La portada resume el estado actual de los beneficios de las personas y describe las acciones que deben tomar.

Fecha: <<Date of Letter>>

ID de su caso: <<Case#>>

Necesitamos <<una entrevista>> <<un comprobante>><<más información>> ● <<comprobante y más información>> y que nos haya informado cualquier cambio que se deba hacer a su Resumen del caso antes del <<DueDate>>. Puede seguir los pasos indicados en la sección 'Es hora de actuar' de esta carta. Si no recibimos su respuesta, sus beneficios terminarán. Si se terminan sus beneficios, le enviaremos otra carta.>

Estamos aquí si necesita ayuda para entender este proceso y lo que significa en su caso. Llame al Centro de Atención a Clientes ONE <ONECUSTSERVICE> si necesita más información o tiene que presentar de nuevo su solicitud de beneficios. <Su socio comunitario también puede ayudarle a responder sus preguntas. <><Un socio comunitario también puede ayudarle a responder sus preguntas. Si no tiene un socio comunitario y le gustaría tener uno, puede encontrar uno aquí <CP site>.>

Obtenga este aviso en otros formatos

Llame al Centro de Atención a Clientes ONE para obtener esta carta en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede solicitar un intérprete. La ayuda es gratis. También aceptamos llamadas de retransmisión.

La portada repite la información que las personas deben dar o las acciones que deben tomar, cuándo y qué sucederá si no responden. Dependiendo de la situación, las personas pueden necesitar programar una entrevista, dar comprobantes o más información. Esta sección también incluye dónde pueden ir las personas para obtener ayuda para entender el aviso.

Cada aviso incluye **cómo solicitar el aviso en otros formatos**, como otros idiomas, letra grande o braille.

Acción Necesaria: Entrevista

La sección "Es hora de actuar" enumera las acciones que deben tomar las personas para obtener beneficios específicos y para cuándo.

Esta página cubre información relacionada con completar una entrevista.

Fecha: <<Date of Letter>>
ID de su caso: <<Case#>>

→ Es hora de actuar

<<Entrevista>>

<<Comprobante>><<e>><<Información>>

<<Revisar y>>Completar

Acción necesaria

<Programa una entrevista

Las personas que se indican a continuación deben tener una entrevista por teléfono o en persona para solicitar la renovación antes del <DueDate>. Llámenos o visítenos para hacer su entrevista. Completar una entrevista podría acelerar el proceso de renovación. También puede informarnos sobre las actualizaciones a su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar en la entrevista.

- <<Individual Name (Age)>>

Si presenta sus materiales de renovación a través de uno de los medios, 'Formas de completar' y se necesita una entrevista, nos comunicaremos con <<Individual Name>> después de recibir su información de renovación.>



Llamada telefónica

Oficina local: <<Local Office #>>

Centro de Atención a Clientes

ONE:

<<ONECUSTSERVICE>>



Visítenos

<<Branchofcname>>

<<Street Address>>

<<City>>, <<State>> <<Zip>>

La sección "**Es hora de actuar**" incluye una barra de herramientas para que las personas puedan ver todas las acciones que necesitan completar y dónde se encuentran en el proceso. En este ejemplo, la persona necesita completar una entrevista y dar comprobantes y más información para asegurarse de que califica para los beneficios.

Las personas pueden ver qué personas en el hogar requieren una entrevista y cuándo se debe completar la entrevista.

Los avisos incluyen el número de teléfono y la dirección de la oficina del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS), más cercana a la persona.

Acción Necesaria: Comprobantes que Necesitamos

La página "Acción Necesaria: Comprobantes que Necesitamos" es un posible elemento de la sección "Es hora de Actuar".

Esta página cubre información relacionada con la presentación de comprobantes.

Fecha: <<Date of Letter>>

ID de su caso: <<Case#>>

<<Entrevista>> <<Comprobante>><<e>><<Información>> <<Revisar y>>Completar

La barra de herramientas está disponible en toda la sección "Es hora de actuar" para que las personas puedan ver fácilmente dónde se encuentran en el proceso.

Acción necesaria

<<Comprobantes que necesitamos>>

Necesitamos comprobantes de lo que se indica a continuación. Puede utilizar la siguiente lista de verificación como guía para ayudarle a recopilar sus documentos. Debe entregarnos los documentos antes de la fecha de vencimiento utilizando una de las Formas de completar. Si necesita más tiempo o tiene preguntas, llame al Centro de Atención a Clientes ONE al <<ONECUSTSERVICE>>.

Nota: Si hace poco recibió una carta que solicitaba comprobantes de otros beneficios, aún debe responder a dicho aviso. Si esa carta solicita el mismo comprobante, es posible que podamos usar el comprobante que proporcionó para ambos programas. Llámenos si tiene preguntas o necesita obtener más información.>

La sección "Comprobantes que necesitamos" explica el propósito de la lista de verificación que sigue, lo que las personas deben hacer y dónde buscar ayuda.

▼ <<Individual Name (Age)>>

Comprobantes necesarios:	Fecha de vencimiento:
<input type="checkbox"/> <<Proof Needed Type>>	<<DueDate>>
<input type="checkbox"/> <<Proof Needed Type>>	<<DueDate>>
<input type="checkbox"/> <<Proof Needed Type>>	<<DueDate>>

Las personas pueden escanear rápidamente la tabla para ver qué personas en el hogar necesitan dar qué tipos de comprobantes para qué beneficios y para cuándo.

▼ <<Individual Name (Age)>>

Comprobantes necesarios:	Fecha de vencimiento:
<input type="checkbox"/> <<Proof Needed Type>>	<<DueDate>>
<input type="checkbox"/> <<Proof Needed Type>>	<<DueDate>>

Acción Necesaria: Ejemplos de Comprobantes

La página "Acción Necesaria: Ejemplos de Comprobantes" es un posible elemento de la sección "Es hora de Actuar".

Esta página muestra los tipos de documentos que las personas pueden enviar como comprobantes.

Fecha: <<Date of Letter>>

ID de su caso: <<Case#>>

Acción necesaria

<Ejemplos de comprobantes

Estos son los tipos de documentos que puede enviarnos como comprobante. Solamente necesita uno de cada categoría. Si el mismo documento se aplica a más de una categoría, solamente tendrá que presentarlo una vez. Envíenos una copia de los documentos. No nos envíe los documentos originales.>

<Proof Needed Type

- Reference Table of Document Example1
- Reference Table of Document Example2
- ...>

< Proof Needed Type

- Reference Table of Document Example1
- Reference Table of Document Example2
- ...>

< Proof Needed Type

- Reference Table of Document Example1
- Reference Table of Document Example2
- ...>

Si se necesitan comprobantes, el aviso incluirá ejemplos de los tipos de documentos que las personas pueden enviar para la renovación de beneficios.

Acción Necesaria: Información que Necesitamos

La página "Acción Necesaria: información que necesitamos" es un posible elemento de la sección "Es hora de Actuar".

Esta página cubre información relacionada con los tipos de preguntas que las personas necesitan responder.

Fecha: <<Date of Letter>>
ID de su caso: <<Case#>>



Acción necesaria

<Información que necesitamos >

Hay algunas preguntas de las que necesitamos respuestas. Dichas preguntas se incluyen a continuación. Tiene que enviarnos sus respuestas antes de la fecha límite. Puede utilizar el espacio debajo de las preguntas para responder. Es necesario que nos envíe esta información utilizando una de las 'Formas de completar.'

<

 <<IndividualName1, IndividualName2, IndividualName3...>>

Información necesaria:	Fecha de vencimiento:
<<<InfoNeeded>>	<<DueDate>>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién? _____ >	
<<<InfoNeeded>>	<<DueDate>>
_____ >	

 <<IndividualName2, IndividualName4>>

Información necesaria:	Fecha de vencimiento:
<<<InfoNeeded>>	<<DueDate>>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién? _____ >	
<<<InfoNeeded>>	<<DueDate>>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quién? _____ >	

La sección "Información que necesitamos" explica el propósito de la lista de verificación que sigue, lo que las personas deben hacer y cómo enviar su información.

Las personas pueden escanear rápidamente la tabla para ver qué personas en el hogar necesitan dar información para qué beneficios y para cuándo.

Acción Necesaria: Revisar y Completar

La página "Revise su resumen del caso sobre los beneficios médico para el Grupo Familiar" y "Formas de completar" es un elemento de la sección "Es Hora de Actuar".

Esta página pide a las personas que confirmen los cambios (si corresponde) en su Resumen del caso sobre los beneficios médico para el Grupo Familiar y muestra las formas en que las personas pueden enviar comprobantes o información.

Fecha: <<Date of Letter>>

ID de su caso: <<Case#>>



<Revisar su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar

Tiene que verificar el Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar que enviamos junto con esta carta. El Resumen del caso muestra la información que tenemos en su caso. Tiene que verificar la información del resumen y decimos si hay algo que haya cambiado. Si la información es correcta, no necesita hacer nada más con el Resumen del caso.>

Formas de completar

<Puede darnos su <<un comprobante>><<información>><<comprobante e información>> durante su entrevista o utilice otros medios que se indican a continuación. Asegúrese de incluir su número de identificación del caso con cada documento. Para evitar retrasos en sus beneficios, otórguenos su <<comprobante>><<información>><<comprobante e información>> con la hoja de portada que se incluye en esta carta.>

<Puede utilizar las siguientes formas para darnos su <<un comprobante>><<información>><<comprobante e información>>. Asegúrese de incluir su número de identificación del caso con cada documento. Para evitar retrasos en sus beneficios, otórguenos su comprobante con la hoja de portada que se incluye en esta carta.>



En línea

Puede iniciar sesión o crear una cuenta en EligibilityHomePage

Para encontrar otra oficina diferente, vaya a EligibilityHomePage y haga clic en "Get Help" (Obtenga ayuda)



Por teléfono

Puede llamar para brindarnos la información detallada de la renovación.

Oficina local: <<Local Office #>>

Centro de Atención a Clientes ONE: <<ONECUSTSERVICE>>

Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.



Por fax

Puede enviar los documentos por FAX al: <<IRMS Fax Number>>



Por correo postal

Puede usar el sobre de devolución adjunto para enviar los documentos por correo postal a:

<<Statewide Processing Center>>

<<IRMS PO BOX>>

<<Salem, OR 97309>>



En persona

Puede reunirse con nosotros en su oficina local

<<Branchofcname>>

<<Street Address>>

<<City>>, <<State>> <<Zip>>

En este paso final de la sección "Es hora de actuar", las personas pueden ver cómo completar su parte del proceso de renovación.

Las personas reciben **su resumen del caso sobre los beneficios médicos para el Grupo Familiar** con su aviso y pueden verificar e informar cambios en su información si corresponde.

Los avisos recuerdan a las personas que incluyan su portada y el número de identificación del caso al dar información.

Las personas pueden ver todas las formas en que pueden enviar su información, que incluye en línea a través de su cuenta del portal del solicitante ONE, por teléfono, fax o correo, o en persona en su oficina local.

Recursos (1 de 2)

Todos los avisos incluyen una sección de recursos para ayudar a las personas con sus beneficios médicos y otras necesidades.

Fecha: <<Date of Letter>>

ID de su caso: <<Case#>>

Si necesita ayuda, comuníquese con nosotros

Centro de Atención a Clientes ONE en <<ONECUSTSERVICE>> para:

- Renovar beneficios médicos
- Enviamos documentos
- Reportar cambios
- Reportar o quitar otra cobertura de salud
- Preguntas sobre su elegibilidad o cobertura
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación del OHP o el Manual del OHP

Unidad de Servicios de Atención al Cliente en <CSU> para:

- Cambios en su inscripción en la CCO
- Si recibe una factura (y usted no es parte de una CCO)
- Quejas sobre el OHP
- Cómo entender sus beneficios

Otras personas que pueden ayudar

Llame a su Socio Comunitario si:

- Necesita ayuda para presentar su solicitud o renovar su cobertura.
- Necesita ayuda para reportar cambios
- Necesita ayuda para hacer uso de su cobertura.
- Necesita ayuda con el idioma o de otro tipo



<<Su Socio Comunitario

<<CP Org Name>>

<<CP Org Phone Number>>

<No vimos un Socio Comunitario en su perfil. Si quiere tener uno, puede encontrarlos aquí <<CPSite>>>

Llame a su CCO si usted:

- Necesita ayuda para encontrar o cambiar de médico
- Recibe una factura de su médico
- Tiene preguntas sobre la cobertura o la denegación de los servicios
- Tiene una queja sobre algún servicio o el trato que recibió durante una cita
- Necesita una nueva tarjeta de identificación de su CCO



<<CCO cerca de su casa

CCO Org Name

CCO website>>

Si no cuenta con una CCO, llame a la línea de ayuda de Fee-For-Service:

- Encuentre un médico o asesor en salud (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.)
- Línea de consulta de enfermería las 24 horas



Proveedor de Cuota por Servicio

Línea de consulta de enfermería las 24 horas
<NURSEADVICE> (General)
<NURSEADVICE2> (miembros tribales)>

Esta sección recuerda a las personas que se comuniquen con el Centro de Servicio al Cliente de ONE si necesitan ayuda relacionada con sus beneficios médicos. Las personas con Cuidados a Largo Plazo (LTC) también verán la información de contacto de su Administrador de Casos específico.

Las personas pueden comunicarse con la Unidad de Servicios al Cliente para necesidades específicas, incluyendo cambios sobre su inscripción en la Organización de Atención Coordinada (CCO) y qué hacer si reciben una factura y no están en un CCO.

Muchas personas en Oregon pueden trabajar con Socios Comunitarios (CP) para administrar sus beneficios y se pueden comunicar con ellos para obtener ayuda. Esta sección da la información de contacto del socio comunitario de la persona (si se conoce).

Si la persona tiene un CCO, esta sección incluirá la información de contacto del CCO o mostrará a las personas dónde pueden ir para obtener más información y elegir uno.

Las personas que tienen un CCO pueden ver una lista de recursos adicionales. Para algunos avisos, esta sección también puede incluir una línea de asistencia de enfermería las 24 horas.

Recursos (2 de 2)

Todos los avisos incluyen una sección de recursos para ayudar a las personas con sus beneficios médicos y otras necesidades.

Fecha: <<Date of Letter>>
ID de su caso: <<Case#>>

Si necesita otro tipo de ayuda ●

Comuníquese con las siguientes personas para obtener ayuda urgente en relación con algo distinto de sus beneficios médicos:

- **211 Info** para recibir ayuda de emergencia con alimentos, asistencia para el cuidado de niños y otras necesidades
- Conexión de Recursos de Envejecimiento y Discapacidad <<ADRS>>
- Línea de ayuda para reportar casos de abuso en Oregon <<OARH>>
- Línea nacional para la prevención de suicidios <<NSPL>>

 Escanee el código QR con la cámara de un teléfono inteligente para tener acceso al sitio web de los beneficios de ODHS y a su cuenta en línea.

 Revise  Escanee  Seleccione ●

 **Descargue la aplicación móvil Oregon ONE**
Escanee el código QR con la cámara de un teléfono inteligente para descargar nuestra aplicación desde Apple App Store o Google Play Store

 Revise  Escanee  Seleccione ●

Esta sección enumera los recursos que pueden ayudar a las personas con necesidades urgentes no relacionadas con sus beneficios.

Los avisos incluyen un código QR que las personas pueden usar para administrar sus beneficios en línea a través de su Portal del solicitante.

Los avisos enviados por correo después de junio de 2023 incluirán un código QR que las personas pueden usar para descargar y administrar sus beneficios a través de la aplicación Oregon ONE Mobile.

Sus Derechos

Esta página informa a las personas sobre sus derechos en el proceso de beneficios e incluye cómo pueden obtener ayuda legal, así como obtener más información sobre la inscripción en Organizaciones de Atención Coordinada (CCO).

Sus derechos

Política de no discriminación

El ODHS y la OHA cumplen con las leyes de derechos civiles estatales y federales. No discriminamos con base en la raza, el color, la discapacidad, la nacionalidad, la religión, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, el estado civil o la edad de una persona.

Para denunciar o para obtener más información, contacte al administrador ejecutivo de diversidad y derechos civiles:

Visite [«<<OEISite>>»](#)

Envíe un correo electrónico a OHA.PublicCivilRights@state.or.us

Llame al [«<<OHA>>»](#)

También tiene derecho a presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Visite [«<<HHSSite>>»](#)

Envíe un correo electrónico a

OCRComplaint@hhs.gov

Llame al [«<<OCR>>»](#)

¿Necesita ayuda legal?

Si necesita ayuda legal para entender sus derechos, requisitos inmigratorios, documentos de identificación, en caso de agresión sexual y para informarse, visite [«<<LegalHelp>>»](#) o llame a la línea gratuita en Oregon al **1-800-452-7636**.

También puede llamar a la línea directa sobre beneficios públicos del Centro Legal de Oregon (Oregon Law Center) al [«<<OPBH>>»](#).

Información sobre la inscripción en la CCO

El OHP tiene planes de salud locales para ayudarle a usar sus beneficios. Estos planes se llaman organizaciones de atención coordinada (CCO, por sus siglas en inglés). La mayoría de los miembros del OHP están inscritos en una CCO.

La CCO que usted tiene depende del lugar donde vive. Algunas zonas tienen más de una CCO. En dichas zonas, puede cambiar su plan de CCO:

- dentro de los 3 primeros meses que está inscrito en el plan;
- después de haber estado en el mismo plan de CCO durante 6 meses;
- una vez al año o cuando renueva su OHP;
- en un plazo de 30 días si usted pidió una CCO diferente y cometimos un error;
- cuando se suspende la incorporación de nuevos miembros a un CCO.

Puede llamar al Centro de Atención al Cliente de ONE [«<<ONECUSTSERVICE>>»](#) o usar su cuenta en línea en [«<<EligibilityHomepage>>»](#) para cambiar de CCO.

Algunos miembros del OHP no tienen que utilizar las CCO para la atención de la salud física. Es posible que no utilice una CCO porque:

- tiene otro seguro médico, a través de su trabajo o de Medicare; o bien,
- tiene una razón médica o la CCO no ofrece el servicio que necesita.

Si no quiere utilizar una CCO por alguna de estas razones, llame al Centro de Atención al Cliente de ONE.

Si usted es indígena estadounidense o nativo de Alaska, no tiene que ser parte de un plan de CCO. Puede recibir la atención con un proveedor de atención médica indígena, como en una clínica tribal o un centro del Servicio de Salud Indígena (IHS). Llame al Centro de Atención al Cliente de ONE para inscribirse, cambiar o dejar una CCO.

Parte de la página discute **la política de no discriminación de ODHS y OHA** y cómo obtener más información. Las personas tienen el derecho a presentar una queja de derechos civiles por correo electrónico o por teléfono.

Parte de la página incluye **información sobre las Organizaciones de Atención Coordinada (CCO)**, como la forma en que las personas pueden inscribirse, cambiar los planes de CCO o no usar uno por varias razones. Por ejemplo, los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska no tienen que ser parte de un plan CCO porque pueden obtener atención a través de su clínica tribal o un Servicio de Salud Indígena (IHS).

Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar (1 de 3)

El Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar es una sección separada que se incluye en el aviso. Esta sección muestra sobre la elegibilidad de cada hogar, que el Estado mantiene bajo registro.

Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar

Esta es la información de elegibilidad que tenemos para su caso de beneficios médicos a la fecha 01/15/2023. Utilizamos esta información para tomar decisiones sobre sus beneficios médicos. Revise la información y díganos si hay algo que haya cambiado.



Información básica		Información de beneficios	
Ciudadano/a estadounidense	✓ Sí	Solicita beneficios médicos	✓ Sí
En crianza temporal	× No	Recibe Medicare	× No
Con discapacidad o ceguera	× No	Recibe otra cobertura de salud	× No
Estado en su declaración de impuestos	No presenta declaración	Recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	× No

Ingresos	
Mensualmente Beneficios del seguro social (sobreviviente y jubilación)	\$1,462.00
Ingresos anuales esperados del trabajo para 2022	\$0.00
Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2022	\$8,070.00
Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2022	\$0.00
Ingresos anuales esperados del trabajo para 2023	\$0.00
Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2023	\$8,070.00
Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2023	\$0.00

Para obtener ayuda llame al 1-800-699-9075 o al 711 (TTY) o visite <https://one.oregon.gov>

MED-031A Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar **PÁGINA 13**

Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar, muestra información sobre la elegibilidad de cada persona en el hogar, y es utilizado por el estado para tomar decisiones sobre la elegibilidad de beneficios médicos.

Las personas pueden escanear rápidamente las tablas, para confirmar la información de su hogar y reportar cualquier cambio.

Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar (2 de 3)

El Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar es una sección separada que se incluye en el aviso. Esta sección muestra sobre la elegibilidad de cada hogar, que el Estado mantiene bajo registro.

Gastos y deducciones

Gastos/deducciones actuales	\$0.00		
Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2022	\$0.00	Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2023	\$0.00

Recursos (cosas de valor que posee)

Recursos actuales	\$0.00
-------------------	--------



Información básica

Ciudadano/a estadounidense	✓	Sí
En crianza temporal	×	No
Con discapacidad o ceguera	✓	Sí
Estado en su declaración de impuestos	No presenta declaración	

Información de beneficios

Solicita beneficios médicos	✓	Sí
Recibe Medicare	✓	Sí
Recibe otra cobertura de salud	×	No
Recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	×	No

Ingresos

Mensualmente Social Security Disability Insurance (Seguro por discapacidad del Seguro Social)	\$2,924.00		
Ingresos anuales esperados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados del trabajo para 2023	\$0.00

Para obtener ayuda llame al 1-800-699-9075 o al 711 (TTY) o visite <https://one.oregon.gov>

MED-031A Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar **PÁGINA 14**

Las personas pueden escanear rápidamente las tablas, para confirmar la información de su hogar y reportar cualquier cambio.

Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar (3 de 3)

El Resumen del Caso Sobre los Beneficios Médicos para el Grupo Familiar es una sección separada que se incluye en el aviso. Esta sección muestra sobre la elegibilidad de cada hogar, que el Estado mantiene bajo registro.

<Individual 2 Name>, age <Age>

Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2022	\$16,140.00	Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2023	\$16,140.00
Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2023	\$0.00
Gastos y deducciones			
Promedio total de los gastos mensuales deducibles de impuestos	\$1,140.00	Mensualmente Facturas médicas/dental	\$350.00
Mensualmente Recetas	\$90.00	Mensualmente Alquiler	\$700.00
Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2022	\$0.00	Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2023	\$0.00
Recursos (cosas de valor que posee)			
Cuentas de cheques	\$1,126.45	Otro/a	\$4,000.00
automóvil	\$6,663.00		

Las personas pueden escanear rápidamente las tablas, para confirmar la información de su hogar y reportar cualquier cambio.

Ejemplo de Aviso Redactado: RFI de Renovación Pasiva Médica

Las siguientes páginas muestran un ejemplo de aviso redactado de una RFI (aviso de solicitud de información) de Renovación Pasiva Médica. Este ejemplo cubre un escenario en el que una persona necesita tener una entrevista y revisar e informar cambios en su Resumen del Caso Sobre los Beneficio Médicos para el Grupo Familiar para asegurarse de que califica para los beneficios.

ONE Customer Service Center
PO Box 14015
Salem, OR 97309

Fecha: 01/08/2023
ID de su caso: [REDACTED]

Oregon Department of Human Services

Se necesita una entrevista para la renovación de sus beneficios médicos

Aviso para completar la renovación de sus beneficios médicos

Lo que necesita hacer:

- Para asegurarse de que puede conservar sus beneficios médicos
 - Programe una entrevista
 - Envíenos un comprobante
- Revise su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar e informe los cambios
- Responda antes del 03/01/2023 utilizando una de las 'Formas de completar'

Hola [REDACTED]

Es hora de renovar los beneficios médicos para los miembros de su grupo familiar. Necesitamos una entrevista, un comprobante para renovar sus beneficios médicos.

También tiene que verificar el Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar que enviamos junto con esta carta. El Resumen del caso muestra la información que tenemos en su caso. Tiene que verificar la información del resumen y decirnos si hay algo que haya cambiado. Si la información es correcta, no necesita hacer nada más con el Resumen del caso.

Necesitamos una entrevista, un comprobante y que nos haya informado cualquier cambio que se deba hacer a su Resumen del caso antes del 03/01/2023. Puede seguir los pasos indicados en la sección

Para obtener ayuda llame al 1-800-699-9075 o al 711 (TTY) o visite <https://benefits.oregon.gov>

MED-049 Aviso para completar la renovación de sus beneficios médicos

PÁGINA 1

<https://benefits.oregon.gov>

renovación de sus beneficios médicos

PÁGINA 2

ar la renovación de sus beneficios médicos

PÁGINA 3

ar la renovación de sus beneficios médicos

PÁGINA 4

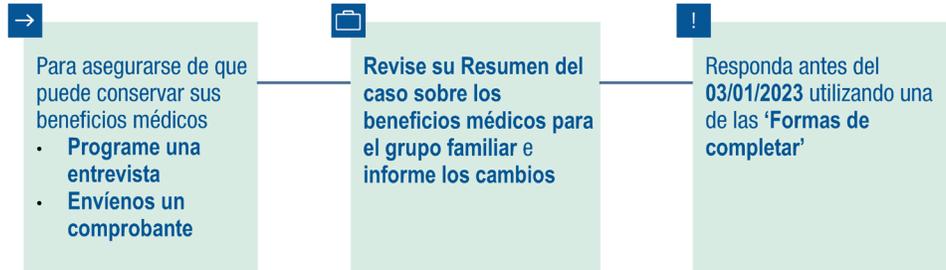
etar la renovación de sus beneficios médicos



Se necesita una entrevista para la renovación de sus beneficios médicos

Aviso para completar la renovación de sus beneficios médicos

Lo que necesita hacer:



Hola [REDACTED]

Es hora de renovar los beneficios médicos para los miembros de su grupo familiar. Necesitamos una entrevista, un comprobante para renovar sus beneficios médicos.

También tiene que verificar el Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar que enviamos junto con esta carta. El Resumen del caso muestra la información que tenemos en su caso. Tiene que verificar la información del resumen y decirnos si hay algo que haya cambiado. Si la información es correcta, no necesita hacer nada más con el Resumen del caso.

Necesitamos una entrevista, un comprobante y que nos haya informado cualquier cambio que se deba hacer a su Resumen del caso antes del 03/01/2023. Puede seguir los pasos indicados en la sección

'Es hora de actuar' de esta carta. Si no recibimos su respuesta, sus beneficios terminarán. Si se terminan sus beneficios, le enviaremos otra carta.

Estamos aquí si necesita ayuda para entender este proceso y lo que significa en su caso. Llame al Centro de Atención a Clientes ONE 1-800-699-9075 o al 711 (TTY) si necesita más información o tiene que presentar de nuevo su solicitud de beneficios. Un socio comunitario también puede ayudarle a responder sus preguntas. Si no tiene un socio comunitario y le gustaría tener uno, puede encontrar uno aquí <https://go.usa.gov/xz2EC>

Obtenga este aviso en otros formatos

Llame al Centro de Atención a Clientes ONE para obtener esta carta en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede solicitar un intérprete. La ayuda es gratis. También aceptamos llamadas de retransmisión.

→ Es hora de actuar



Acción necesaria

Programa una entrevista

Las personas que se indican a continuación deben tener una entrevista por teléfono o en persona para solicitar la renovación antes del 03/01/2023. Llámenos o visítenos para hacer su entrevista. Completar una entrevista podría acelerar el proceso de renovación. También puede informarnos sobre las actualizaciones a su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar en la entrevista.

- [REDACTED] ()
- [REDACTED] ()

Si presenta sus materiales de renovación a través de uno de los medios, 'Formas de completar' y se necesita una entrevista, nos comunicaremos con [REDACTED] después de recibir su información de renovación.

 **Llamada telefónica**
Oficina local: 1-503-378-6327
Centro de Atención a Clientes
ONE: 1-800-699-9075 o al 711 (TTY)

 **Visítenos**
2401 - South Salem DHS Office
1600 Oak St SE Ste 100
Salem, OR 97301



Acción necesaria

Comprobantes que necesitamos

Necesitamos comprobantes de lo que se indica a continuación. Puede utilizar la siguiente lista de verificación como guía para ayudarlo a recopilar sus documentos. Debe entregarnos los documentos antes de la fecha de vencimiento utilizando una de las Formas de completar. Si necesita más tiempo o tiene preguntas, llame al Centro de Atención a Clientes ONE al 1-800-699-9075 o al 711 (TTY).

Nota: Si hace poco recibió una carta que solicitaba comprobantes de otros beneficios, aún debe responder a dicho aviso. Si esa carta solicita el mismo comprobante, es posible que podamos usar el comprobante que proporcionó para ambos programas. Llámenos si tiene preguntas o necesita obtener más información.

▼ [REDACTED] ()

Comprobantes necesarios:	Fecha de vencimiento:
--------------------------	-----------------------

<input type="checkbox"/> Debe proporcionar consentimiento para que podamos verificar sus recursos con el Sistema de Archivos.	03/01/2023
---	------------

Ejemplos de comprobantes

Estos son los tipos de documentos que puede enviarnos como comprobante. Solamente necesita uno de cada categoría. Si el mismo documento se aplica a más de una categoría, solamente tendrá que presentarlo una vez. Envíenos una copia de los documentos. No nos envíe los documentos originales.

Debe proporcionar consentimiento para que podamos verificar sus recursos con el Sistema	Para ciertos programas médicos, se nos solicita verificar electrónicamente sus recursos. Necesitamos su permiso para hacerlo. El documento adjunto (Formulario de Consentimiento para AVS) es un formulario para que complete y devuelva
--	--

Acción necesaria

de Verificación de Archivos.

otorgándonos su permiso. También puede llamarnos y darnos permiso de manera verbal.

Entrevista

Comprobante

Revisar y Completar

Revise su Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar

Tiene que verificar el Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar que enviamos junto con esta carta. El Resumen del caso muestra la información que tenemos en su caso. Tiene que verificar la información del resumen y decirnos si hay algo que haya cambiado. Si la información es correcta, no necesita hacer nada más con el Resumen del caso.

Formas de completar

Puede darnos su un comprobante durante su entrevista o utilice otros medios que se indican a continuación. Asegúrese de incluir su número de identificación del caso con cada documento. Para evitar retrasos en sus beneficios, otórguenos su comprobante con la hoja de portada que se incluye en esta carta.

En línea

Puede iniciar sesión o crear una cuenta en <https://one.oregon.gov>

Para encontrar otra oficina diferente, vaya a <https://one.oregon.gov> y haga clic en "Get Help" (Obtenga ayuda)

Por teléfono

Puede llamar para brindarnos la información detallada de la renovación.
Oficina local: 1-503-378-6327
Centro de Atención a Clientes ONE: 1-800-699-9075 o al 711 (TTY)
Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Por fax

Puede enviar los documentos por FAX al:
1-503-378-5628

Por correo postal

Puede usar el sobre de devolución adjunto para enviar los documentos por correo postal a:
ONE Customer Service Center
PO Box 14015
Salem, OR 97309

En persona

Puede reunirse con nosotros en su oficina local
2401 - South Salem DHS Office
1600 Oak St SE Ste 100
Salem, OR 97301

Si necesita ayuda, comuníquese con nosotros

Centro de Atención a Clientes ONE en 1-800-699-9075 o al 711 (TTY) para:

- Renovar beneficios médicos
- Enviarnos documentos
- Reportar cambios
- Reportar o quitar otra cobertura de salud
- Preguntas sobre su elegibilidad o cobertura
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación del OHP o el Manual del OHP

Unidad de Servicios de Atención al Cliente en 1-800-273-0557 para:

- Cambios en su inscripción en la CCO
- Si recibe una factura (y usted no es parte de una CCO)
- Quejas sobre el OHP
- Cómo entender sus beneficios

Otras personas que pueden ayudar

Llame a su Socio Comunitario si:

- Necesita ayuda para presentar su solicitud o renovar su cobertura.
- Necesita ayuda para reportar cambios
- Necesita ayuda para hacer uso de su cobertura.
- Necesita ayuda con el idioma o de otro tipo



No vimos un Socio Comunitario en su perfil. Si quiere tener uno, puede encontrarlos aquí

<https://go.usa.gov/xz2EC>



CCO cerca de su casa

PacificSource Community Solutions
communitysolutions.pacificsource.com



Proveedor de Cuota por Servicio

Línea de consulta de enfermería las 24 horas
1-800-562-4620 (General)
1-844-847-9320 (miembros tribales)

Si no cuenta con una CCO, llame a la línea de ayuda de Fee-For-Service:

- Encuentre un médico o asesor en salud (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.)
- Línea de consulta de enfermería las 24 horas

Si necesita otro tipo de ayuda

Comuníquese con las siguientes personas para obtener ayuda urgente en relación con algo distinto de sus beneficios médicos:

- **211 Info** para recibir ayuda de emergencia con alimentos, asistencia para el cuidado de niños y otras necesidades
- Conexión de Recursos de Envejecimiento y Discapacidad **1-855-ORE-ADRC (673-2372)**
- Línea de ayuda para reportar casos de abuso en Oregon **1-855-503-SAFE (7233)**
- Línea nacional para la prevención de suicidios **1-800-273-8255**



Escanee el código QR con la cámara de un teléfono inteligente para tener acceso al sitio web de los beneficios de ODHS y a su cuenta en línea.



Revise



Escanee



Seleccione

Sus Derechos

Información sobre la inscripción en la CCO

El OHP tiene planes de salud locales para ayudarlo a usar sus beneficios. Estos planes se llaman organizaciones de atención coordinada (CCO, por sus siglas en inglés). La mayoría de los miembros del OHP están inscritos en una CCO.

La CCO que usted tiene depende del lugar donde vive. Algunas zonas tienen más de una CCO. En dichas zonas, puede cambiar su plan de CCO:

- dentro de los 3 primeros meses que está inscrito en el plan;
- después de haber estado en el mismo plan de CCO durante 6 meses;
- una vez al año o cuando renueva su OHP;
- cuando se suspende la incorporación de nuevos miembros a un CCO.

Puede llamar a la Unidad de Servicios de Atención al Cliente (CSU)

1-800-273-0557 o utilice su cuenta en línea en <https://one.oregon.gov> para cambiar su CCO.

Algunos miembros del OHP no tienen que utilizar las CCO para la atención de la salud física. Es posible que no utilice una CCO porque:

- tiene otro seguro médico, a través de su trabajo o de Medicare; o bien,
- tiene una razón médica o la CCO no ofrece el servicio que necesita.

Si no quiere utilizar una CCO por alguna de estas razones, llame a la Unidad de Servicios de Atención al Cliente (CSU).

Si usted es indígena estadounidense o nativo de Alaska, no tiene que ser parte de un plan de CCO. Puede recibir la atención con un proveedor de atención médica indígena, como en una clínica tribal o un centro del Servicio de Salud Indígena (IHS). Llame a la Unidad de Servicios de Atención al Cliente (CSU) para inscribirse en una CCO, cambiar de CCO o dejar de tener una CCO.

Resumen del caso sobre los beneficios médicos para el grupo familiar

Esta es la información de elegibilidad que tenemos para su caso de beneficios médicos a la fecha 01/08/2023. Utilizamos esta información para tomar decisiones sobre sus beneficios médicos. Revise la información y díganos si hay algo que haya cambiado.



Información básica

Ciudadano/a estadounidense	✓ Sí
En crianza temporal	× No
Con discapacidad o ceguera	× No
Estado en su declaración de impuestos	Casado y la declaración se presenta de manera conjunta

Información de beneficios

Solicita beneficios médicos	✓ Sí
Recibe Medicare	× No
Recibe otra cobertura de salud	× No
Recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	× No

Ingresos

Mensualmente Beneficios del seguro social (sobreviviente y jubilación)	\$942.00		
Ingresos anuales esperados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados del trabajo para 2023	\$0.00
Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2022	\$9,828.00	Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2023	\$9,828.00
Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2023	\$0.00

Gastos y deducciones

Promedio total de los gastos mensuales deducibles de impuestos	\$2,200.00	Anualmente Impuesto	\$2,200.00
Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2022	\$0.00	Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2023	\$0.00

Recursos (cosas de valor que posee)

Recursos actuales	\$0.00
-------------------	--------



Información básica

Ciudadano/a estadounidense	✓ Sí
En crianza temporal	× No
Con discapacidad o ceguera	✓ Sí
Estado en su declaración de impuestos	Casado y la declaración se presenta de manera conjunta
Está embarazada	× No

Información de beneficios

Solicita beneficios médicos	✓ Sí
Recibe Medicare	✓ Sí
Recibe otra cobertura de salud	× No
Recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	× No

Ingresos

Mensualmente Beneficios del seguro social (sobreviviente y jubilación)	\$443.00
--	----------

Ingresos anuales esperados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados del trabajo para 2023	\$0.00
Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2022	\$4,620.00	Ingresos esperados del Beneficio del Seguro Social/SSDI para 2023	\$4,620.00
Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2022	\$0.00	Ingresos anuales esperados no derivados del trabajo para 2023	\$0.00

 **Gastos y deducciones**

Promedio total de los gastos mensuales deducibles de impuestos	\$624.00	Anualmente Seguro - No arrendatarios	\$624.00
Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2022	\$0.00	Gastos anuales esperados deducibles de impuestos para 2023	\$0.00

 **Recursos (cosas de valor que posee)**

Cheque	\$1,000.00	Residencia principal / hogar	\$100,000.00
--------	------------	------------------------------	--------------

Fecha: 01/08/2023
ID de su caso: [REDACTED]

IMPORTANTE: HOJA DE PORTADA

Incluya esta página con el comprobante e información que envíe. Envíe copias, no el documento original. Responda antes de la fecha de vencimiento.

[REDACTED] - [REDACTED]