

Plan de Salud de Oregon

Manual del cliente



Marzo de 2014

Oregon
Health
Authority



This document can be provided upon request in an alternate format for individuals with disabilities or in a language other than English for people with limited English skills. To request this publication in another format or language, contact Oregon Health Plan (OHP) Client Services at 1-800-273-0557 or 711 for TTY.

De solicitarse, este documento se facilitará en otros formatos a personas con discapacidades o en otros idiomas aparte del inglés para las personas con un nivel limitado de inglés. Para solicitar este documento en otro formato o idioma, comuníquese con el Departamento de Atención a los Clientes del Plan de Salud de Oregon (OHP) al 1-800-273-0557 o al 711 (TTY, personas con problemas auditivos). Spanish

По запросу, этот документ может быть предоставлен в альтернативном формате лицам с нарушениями функций или на другом (не английском) языке лицам с ограниченными навыками владения английским языком. Для того, чтобы запросить этот документ в другом формате или на другом языке, обращайтесь в отдел обслуживания клиентов программы Oregon Health Plan (OHP) по тел. 1-800-273-0557 (телетайп: 711). Russian

Tài liệu này khi được yêu cầu có thể được cung cấp trên một hình thức thay thế khác dành cho những người khuyết tật hoặc ngôn ngữ khác với Anh ngữ dành cho những người không thông thạo tiếng Anh. Để yêu cầu ấn bản này trên một hình thức hoặc ngôn ngữ khác, hãy liên lạc với Dịch Vụ Thân Chủ Chương Trình Y Tế Oregon (OHP) tại số điện thoại 1-800-273-0557 hoặc 711 dành cho TTY (điện thoại dành cho người điếc hoặc khuyết tật về phát âm). Vietnamese

Haddii la codsado waxaa la helayaa dukumeentigan oo ah noocyo kale oo loogu talagalay dadka naafada ah ama ku qoran luqad aan ahayn af Ingiriiska iyadoo loogu talagalay dadka aan ku hadlin luqadda af Ingiriiska. Si aad u codsato daabacaadan oo qaab ama luqad kale ah, la xiriir Adeega Macmiilka Qorshaha Caafimaadka Oregon (OHP) 1-800-273-0557 ama 711 ee TTY. Somali

يمكن تزويد هذا المستند عند الطلب بتنسيق بديل للأفراد ذوي إعاقات أو بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية للأشخاص ذوي مهارات محدودة في اللغة الإنجليزية. لكي تطلب هذا النموذج بتنسيق آخر أو لغة أخرى، يجب عليك الاتصال بقسم خدمات الزبائن لدى خطة أوريغون الصحية (Oregon Health Plan: OHP) على رقم الهاتف 1-800-273-0557 أو 711 للاتصال عبر المبرقة الكاتبة (TTY). Arabic

ဒီစာရွက်စာတမ်းကို မသန်စွမ်းသူတွေက တခြားပုံစံတစ်မျိုးနဲ့ ဖြစ်စေ၊ အင်္ဂလိပ်စကားကျွမ်းကျင်မှု နည်းသူတွေက အင်္ဂလိပ်မဟုတ်တဲ့ တခြားဘာသာစကားနဲ့ ဖြစ်စေ တောင်းရင်ရနိုင်ပါတယ်။ ဒီထုတ်ဝေချက်ကို တခြားပုံစံတစ်မျိုးနဲ့ဖြစ်စေ၊ တခြားဘာသာစကားနဲ့ဖြစ်စေ တောင်းဆိုဖို့အတွက် အော်ရီဂွန် ကျန်းမာရေး အစီအစဉ် (OHP) ဝန်ဆောင်မှုရယူသူများ အတွက် ဝန်ဆောင်မှုဌာနကို 1-800-273-0557 မှာ ဒါမုမဟုတ် TTY အတွက် 711 မှာ ဆက်သွယ်နိုင်ပါတယ်။ Burmese

根据残障人士的要求，我们可以提供本文件的其他格式版本；根据英语能力有限的人士的要求，我们可以提供本文件的非英文版本。如需本刊物其他格式或语言的版本，请致电 1-800-273-0557 或 711（聋哑人士专线），联系俄勒冈州健康计划 (OHP) 客户服务部。 Simplified Chinese

Ovaj dokument se na zahtjev može osigurati u alternativnim formatima za osobe s onesposobljenjem ili na jeziku koji nije engleski za osobe s ograničenom znanjem engleskog jezika. Da ovu publikaciju tražite u nekom drugom formatu ili na nekom drugom jeziku, obratite se na Potrošačke usluge Oregon Health Plana (OHP) na 1-800-273-0557 ili 711 za TTY. Bosnian

ឯកសារនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនទៅតាមសំណើក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀតសំរាប់បុគ្គលដែលមានពិការភាព ឬ ជាភាសាផ្សេងទៀត ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សំរាប់មនុស្សណាដែលមិនចេះអានភាសាអង់គ្លេស ។ ដើម្បីស្នើសុំការបោះពុម្ពនេះជាទម្រង់ ឬជាភាសាផ្សេង ចូរទាក់ទងទៅសេវារបំរើសមាជិក គម្រោងសុខភាពរដ្ឋអូរីហ្គិន (Oregon Health Plan - OHP) តាមរយៈលេខ 1-800-273-0557 ឬ 711 សំរាប់ TTY ។ Cambodian

ເອກະສານນີ້ສາມາດຈັດຫາໃຫ້ໄດ້ຕາມການຮ້ອງຂໍໂດຍຈັດຫາໃຫ້ໃນຮູບແບບອື່ນສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ພິການ ຫຼື ໃນພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດສໍາລັບ ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມຊໍານານພາສາອັງກິດຈໍາກັດ. ຖ້າຫາກຕ້ອງການຮ້ອງຂໍສິ່ງຕື່ມນີ້ໃນຮູບແບບອື່ນ ຫຼື ພາສາອື່ນ, ຂໍໃຫ້ຕິດຕໍ່ ພະແນກບໍລິການລູກຄ້າຂອງ Oregon Health Plan (OHP) ທີ່ເບີໂທລະສັບ 1-800-273-0557 ຫຼື 711 ສໍາລັບສາຍໂທລະ TTY. Lao

Acest document poate fi oferit la cerere într-un format diferit pentru persoanele cu dizabilități, sau în altă limbă decât engleza pentru persoanele cu cunoștințe limitate de engleză. Pentru a solicita această publicație în alt format sau limbă, vă rugăm contactați Serviciul pentru clienți al Planului Medical Oregon (OHP) la 1-800-273-0557 sau 711 pentru TTY. Romanian

按殘障人士的需要，我們可以向其提供本文件的其他格式版本；按英語能力有限人士的請求，我們亦可以向其提供本文件英語以外的語言版本。如需索取以另一種格式或語言制定的本刊物，請致電 1-800-273-0557 或 711（聾啞人士專線），聯絡奧勒岡州健康計劃 (OHP) 客戶服務部。 Traditional Chinese

Servicios accesibles

¿Tiene una discapacidad que le dificulta leer material impreso? ¿Habla un idioma que no es inglés? Podemos darle información en una de varias maneras:

- ▶ Letra de tamaño más grande
- ▶ Cinta de audio
- ▶ Braille
- ▶ Formato electrónico
- ▶ Presentación oral (cara a cara o por teléfono)
- ▶ Intérprete de lengua de signos
- ▶ Traducciones en otros idiomas

Háganos saber lo que usted necesita. Llame al Servicio al Cliente del OHP al 1-800-699-9075, TTY 711.

¿El acceso representa un problema?

¿Los obstáculos en los edificios o el transporte dificultan que usted asista a las reuniones?
¿Para obtener los servicios del estado?

Podemos mover nuestros servicios a un lugar más accesible.

Podemos proporcionar el tipo de transporte que funcione para usted.

The Governor's Advocacy Office
500 Summer St NE, E17
Salem, OR 97301

1-800-442-5238
1-800-945-6214 TTY
503-378-6532 Fax

– o envíe a –

US Dept of Health & Human Services
Office for Civil Rights
2201 Sixth Avenue, Mail Stop RX-11
Seattle, WA 98121

1-800-362-1710
1-206-615-2296 TTY
1-206-615-2297 Fax
OCRComplaint@hhs.gov

Contenido

Bienvenido al Plan de Salud de Oregon	1
¿Qué es el Plan de Salud de Oregon?.....	1
Paquetes de beneficios	3
1. Paquete de beneficios OHP Plus.....	3
2. Paquete de beneficios OHP Plus Supplemental.....	4
3. Paquete de beneficios del OHP con medicamentos limitados.....	4
4. Paquete de beneficios para el Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary o QMB)	5
5. Paquete de beneficios de Asistencia Médica de Emergencia para Extranjeros sin Requisito de Ciudadanía (CAWEM).....	5
6. Paquete de beneficios CAWEM Plus.....	5
Servicios de atención médica.....	6
Servicios preventivos	7
Servicios médicos	7
Segundas opiniones.....	8
Servicios no cubiertos y limitados	8
Los servicios dentales incluyen los siguientes:	8
Los servicios de salud mental incluyen los siguientes:	9
Tratamiento para la dependencia química o trastorno por consumo de sustancias.....	9
Tratamiento para pacientes ambulatorios y servicios de tratamiento con medicamentos..	9
Servicios de tratamiento residencial.....	10
Programas para dejar de fumar	10
Cobertura de atención del embarazo	10
Las clientas embarazadas:.....	10
Cobertura de atención del recién nacido.....	11
La planificación familiar y los servicios relacionados	11
Hogares de Cuidado Primario Centrados en el Paciente (PCPCH)	12
Servicios de transporte médico	12
Centros de transporte.....	14
Tarjeta de identificación para Atención Médica de Oregon	15
Carta de cobertura	16
Cómo leer la carta de cobertura de muestra	17

La prestación de servicios	18
Pago por servicio	19
Derechos de los nativos	19
Consultas sobre salud las 24 horas al día.....	19
Atención médica de emergencia	19
Atención de urgencia	20
Atención dental de emergencia y de urgencia	20
Servicios de la Coordinación de Atención del Plan de Salud de Oregon (OHPCC).....	21
Atención lejos de casa	22
Viajar fuera de los Estados Unidos	22
Programa de Administración de Farmacia	22
Servicios de farmacia con entrega a domicilio del OHP	22
Problemas con los servicios de atención de la salud	23
Los derechos de los clientes del OHP	24
Responsabilidades de los clientes del OHP	25
Derechos y responsabilidades de los miembros de atención administrada.....	26
Derechos de los miembros de atención administrada.....	26
Responsabilidades de los miembros de atención administrada	26
La atención administrada.....	28
¿Cuáles son los beneficios de la atención administrada?.....	28
Tipos de inscripción de atención administrada.....	28
Organizaciones de atención coordinada (CCO).....	28
Proveedor de atención primaria en una CCO, un plan médico o dental	29
Servicios de intérprete.....	29
Tarjetas de identificación.....	29
Servicios especiales.....	30
Servicios de Coordinación de Cuidados Intensivos (ICCS) y Coordinadores para la Atención de Necesidades Excepcionales (ENCC)	30
Atención de urgencia	30
Emergencias y crisis	30
Si necesita atención fuera de la ciudad.....	31
Trabajo de parto y parto.....	31
Inscripción del recién nacido	31
Conseguir transporte.....	32

Cuidado infantil	32
Incentivos médicos.....	32
Servicios de salud mental	32
Recetas de salud mental.....	32
Servicios del ISA para el tratamiento de la salud mental de los niños	32
Los servicios en esta página únicamente los ofrecen las CCO	33
Ayudantes de atención.....	33
La participación en actividades de la CCO.....	33
Servicios de AMHI para el tratamiento de la salud mental.....	33
Educación sobre la salud culturalmente sensible.....	33
Problemas con sus servicios de atención de la salud	33
Cómo cambiar de CCO	34
Cancelación de la inscripción.....	34
Si desea recibir los servicios como cliente de pago por servicio.....	34
Cuándo llamar a su CCO o plan	34
Solicitar una copia de sus expedientes	35
Sus expedientes son privados	35
Información de facturación	36
Si usted recibe una factura.....	36
Si usted estuvo en el hospital y recibe facturas de otros proveedores.....	37
Pagar por los servicios médicos en el OHP	37
Copagos.....	37
Más información.....	37
Reclamos, apelaciones y derechos de audiencia	39
Cómo presentar una queja o reclamo	39
Aviso de acción	39
Cómo apelar una decisión.....	39
Si usted necesita una apelación rápida.....	39
Apelaciones del proveedor.....	40
Cómo conseguir una audiencia administrativa.....	40
Audiencias rápidas (aceleradas)	40
Decisiones sobre la terminación de la vida e instrucciones anticipadas (testamento en vida)	42
Declaración para el tratamiento de salud mental.....	43

Profesionales de la salud	44
A quién llamar para pedir ayuda y otros recursos.....	45
Cuándo llamar:	45
A quién llamar:	45
Servicios al Cliente del OHP 1-800-273-0557	46
Defensor del pueblo de la OHA 1-877-642-0450	46
División de Manutención Infantil 1-800-850-0228	46
<i>Cesión de derechos</i>	46
Derechos de retención por lesiones personales o accidentes	47
<i>Unidad de Derechos de Retención por Lesiones Personales</i>	47
Violencia doméstica	47
Aviso sobre las prácticas de privacidad	47
Recuperación del patrimonio sucesorio	48
<i>Cómo funciona el programa</i>	48
<i>Para la atención recibida antes del 1 de octubre de 2013</i>	48
<i>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare</i>	49
Mi lista telefónica del OHP	50

Bienvenido al Plan de Salud de Oregon

El Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan u OHP) es un programa estatal que ofrece cobertura de salud a los residentes de bajos ingresos de Oregon.



Este manual le ayudará a entender:

- ▶ Las diferentes formas en que las personas reciben cuidado bajo la atención administrada y el pago por servicio del OHP.
- ▶ Cómo leer su tarjeta de identificación para atención médica de Oregon y carta de cobertura.
- ▶ La cobertura de salud bajo el OHP.
- ▶ Los paquetes de beneficios bajo el OHP.
- ▶ Cómo utilizar los servicios de salud que están cubiertos por el OHP.
- ▶ Lo que usted necesita saber acerca de la atención administrada, incluidas las organizaciones de atención coordinada (CCO), bajo el OHP.

Guarde este manual y la información que recibió de su CCO o plan de atención administrada para obtener respuestas a sus preguntas acerca de su cobertura de atención de salud.

¿Qué es el Plan de Salud de Oregon?

En Oregon, el programa Medicaid se llama Plan de Salud de Oregon (OHP). Medicaid es un programa de cuidado de la salud para las familias de bajos ingresos que se paga mediante fondos federales y estatales.

El OHP cubre las visitas al médico, recetas médicas, hospitalizaciones, atención dental, servicios de salud mental y ayuda con la adicción al tabaco, el alcohol y las drogas. El OHP puede proporcionar audífonos, equipo médico, cuidado de la salud en el hogar y transporte a citas médicas.

El OHP no cubre todos los servicios de cuidado de la salud. Los clientes del Plan de Salud de Oregon reciben servicios que se basan en dónde las condiciones de salud y los tratamientos se encuentren colocados en la Lista de prioridades de los servicios de salud. La lista de prioridades de los servicios de salud es una lista de las condiciones de salud y sus tratamientos que se clasifican en función de su eficacia. Por lo general, el OHP no cubre las enfermedades y condiciones que están por debajo de la línea actual de cobertura. Sin embargo, algo que está "por debajo de la línea" se puede cubrir si el paciente también tiene una condición "por encima de la línea" que podría mejorar si también se tratara su condición por debajo de la línea. La lista de prioridades de los servicios de salud está disponible en línea en www.oregon.gov/OHA/OHPR/HERC

El OHP cubre los servicios razonables para averiguar cuál es el problema. Eso incluye *diagnosticar* una condición que está por debajo de la línea de cobertura. Sin embargo, en la

mayoría de los casos, una vez que se determina que un diagnóstico o tratamiento está por debajo de la línea de cobertura, el OHP no pagará ningún servicio más para esa condición.

Paquetes de beneficios

Los servicios médicos, dentales o mentales que el OHP cubre para cada cliente se denominan "paquete de beneficios". Cada cliente recibe un paquete de beneficios sobre la base de ciertas cosas, como la edad o la condición de salud. Los miembros de su familia pueden recibir diferentes paquetes de beneficios. La información del paquete de beneficios para cada miembro del hogar se encuentra en la página 2 de la Carta de cobertura (ver ejemplo en la página 16). Una explicación de cada paquete de beneficios se proporciona a continuación. Una tabla de referencia rápida en la página 5 enumera los beneficios para cada paquete de beneficios de un vistazo.

1. Paquete de beneficios OHP Plus

Es un paquete integral de servicios médicos, dentales, de salud mental y dependencia química. Los servicios cubiertos por OHP Plus se enumeran en la tabla de paquetes de beneficios que se encuentra en la página 5.

Copagos

Algunos clientes adultos de OHP Plus requieren hacer copagos para los servicios ambulatorios y medicamentos recetados. Si usted está inscrito en una CCO o plan de atención administrada, cabe la posibilidad de que no tenga que pagar un copago.

Los montos de copagos de OHP Plus son:

- ▶ De \$0 a \$3 para los medicamentos recetados (por cada receta surtida).
- ▶ \$3 para los servicios ambulatorios (tales como visitas al consultorio para ver a un médico, dentista u otro proveedor de atención de la salud). Usted no tiene que hacer copagos para tratamientos como inyecciones, pruebas de laboratorio o radiografías. Usted no tiene que pagar por los servicios de emergencia. El copago es únicamente por visitar el consultorio del proveedor.

Usted no tiene que pagar un copago por:

- ▶ Servicios y suministros de planificación familiar, como las píldoras anticonceptivas.
- ▶ Medicamentos recetados ordenados a través del Programa de farmacia con entrega a domicilio del OHP. Consulte la página 21 para obtener más información sobre este programa.
- ▶ Servicios de emergencia.
- ▶ Pruebas de laboratorio, vacunas, equipos médicos duraderos o radiografías.
- ▶ Servicios recibidos por parte de la mayoría de las CCO o planes de atención administrada.

Si usted no puede pagar

Si usted no puede hacer un copago que se requiera, seguirá recibiendo el medicamento o servicio de atención médica; sin embargo, aún tendrá que pagar una deuda a la farmacia o al proveedor de atención médica por el copago.

2. Paquete de beneficios OHP Plus Supplemental

Este paquete de beneficios proporciona una cobertura adicional a las mujeres embarazadas. Amplía la cobertura dental y de la vista al mismo nivel que reciben los niños y los adultos menores de 21 años. Si se embaraza, llame a Servicio al Cliente del OHP al 1-800-699-9075, TTY 711.

3. Paquete de beneficios del OHP con medicamentos limitados

OHP Plus con medicamentos limitados es un paquete integral de servicios que se centra en la atención preventiva (página 6). Únicamente está limitada la cobertura de medicamentos recetados.

Usted recibe este paquete de beneficios si es elegible para Medicaid y la Parte D de Medicare.

El paquete del OHP con medicamentos limitados cubre todos los mismos beneficios médicos, dentales y de salud mental que el paquete OHP Plus. Sin embargo, este paquete no cubre los medicamentos recetados que paga la Parte D de Medicare. El OHP sí paga por algunos otros medicamentos que Medicare no cubre.

Nota: El OHP no pagará por los tipos de medicamentos que la Parte D de Medicare cubriría, incluso si decide no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Usted tendrá que pagar por ellos.

Copagos

Posiblemente usted tenga que hacer un copago por los servicios ambulatorios y los medicamentos recetados. Los copagos son:

- ▶ \$3 para los servicios ambulatorios, tales como visitas al consultorio para ver a un médico u otro proveedor de atención de la salud. Usted no tiene que hacer copagos para tratamientos como inyecciones, pruebas de laboratorio o radiografías. Usted no tiene que pagar por los servicios de emergencia. El copago es únicamente por visitar el consultorio del proveedor.
- ▶ De \$0 a \$3 para los medicamentos recetados, por cada receta del OHP surtida.

Si usted está inscrito en una CCO o plan médico, cabe la posibilidad de que no tenga que pagar un copago.

Diferentes copagos obligatorios de \$1 a \$6.50 se aplican a sus medicamentos de la Parte D de Medicare. El OHP no paga las primas de Medicare, deducibles ni copagos de los servicios o planes de medicamentos de la Parte D de Medicare.

4. Paquete de beneficios para el Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary o QMB)

Este programa le ayuda si usted es elegible para recibir beneficios hospitalarios a través de Medicare. Los clientes de QMB tienen ingresos limitados, pero no son elegibles para Medicaid.

El estado ayuda a pagar por las primas, deducibles y coaseguros de Medicare de los clientes de QMB. Sin embargo, el OHP no paga por las primas ni copagos de los servicios o planes de medicamentos de la Parte D de Medicare. Si únicamente tiene QMB, Medicare paga sus costos de atención médica, no el OHP.

Los clientes pueden tener derecho a más de un paquete de beneficios a la vez. Por ejemplo, una persona con beneficios de QMB también puede ser elegible para recibir beneficios del OHP con medicamentos limitados.

5. Paquete de beneficios de Asistencia Médica de Emergencia para Extranjeros sin Requisito de Ciudadanía (CAWEM)

Estos clientes no son ciudadanos de los Estados Unidos y no tienen un estatus migratorio que cumpla con los requisitos de Medicaid. La cobertura se limita a los servicios de emergencia.

6. Paquete de beneficios CAWEM Plus

Este programa ayuda a las mujeres embarazadas que reciben beneficios de CAWEM al proporcionar todos los beneficios de OHP Plus, excepto las esterilizaciones, abortos terapéuticos, servicios de cuidados paliativos y servicios para una muerte digna.

Servicios de atención médica

Los servicios de salud que puede recibir se basan en su paquete de beneficios asignado. Consulte la página 2 de su carta de cobertura para averiguar qué tipo de cobertura tiene. Los paquetes de beneficios se definen en las páginas 2 a 4. La tabla siguiente muestra qué servicios están cubiertos por el paquete de beneficios.

Sus beneficios del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan u OHP)



La tabla a continuación indica los beneficios que están disponibles bajo su cobertura del OHP. Consulte con su proveedor o CCO para ver si un servicio en particular está cubierto.

Beneficios cubiertos bajo OHP Plus, OHP con Medicinas Limitadas y CAWEM Plus
Dependencia química
Dentales <ul style="list-style-type: none"> Servicios básicos incluidas las limpiezas, curaciones y extracciones Tratamiento inmediato/urgente Coronas para mujeres embarazadas y menores hasta los 20 años de edad Selladores, endodoncias en dientes posteriores para menores hasta los 20 años de edad
Audífonos y exámenes para audífonos
Atención a domicilio; enfermeras particulares
Atención de hospicio – no cubierta para clientes de CAWEM Plus
Atención hospitalaria <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de emergencia Atención como paciente interno/ambulatorio
Vacunación
Trabajo de parto y parto
Análisis de laboratorio y radiografías
Atención médica en manos de un médico, enfermero especialista o asociado médico
Equipo y suministros médicos
Transporte médico
Salud mental
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
Fármacos de venta con receta <ul style="list-style-type: none"> El OHP con Medicinas Limitadas sólo incluye medicinas que no están cubiertas por Medicare Parte D
Vista <ul style="list-style-type: none"> Servicios médicos Servicios para corregir la vista para mujeres embarazadas y menores hasta los 20 años de edad Los anteojos están cubiertos para las mujeres embarazadas y las personas adultas que padezcan una afección médica calificable tales como afaquia o queratocono, o después de una cirugía de cataratas.

Otros paquetes de beneficios:

- CAWEM – Cubre servicios de emergencia médica, de emergencia dental y de transporte de emergencia.
- Beneficiario Calificado de Medicare (*Qualified Medicare Beneficiary: QMB*) – Sólo cubre primas y pagos compartidos de Medicare (excepto para Medicare Parte D) y deducibles.

SP DMAP 1418 (Rev 03/14)

Servicios preventivos

Prevenir problemas de salud antes de que ocurran es una parte importante de su cuidado. Bajo el OHP, puede obtener los servicios preventivos que le ayuden a mantenerse sano. Los servicios preventivos incluyen chequeos y pruebas para averiguar cuál es el problema. Usted debe hablar con su médico sobre la frecuencia con que debe practicarse los chequeos. Otros servicios de prevención incluyen los siguientes:

- ▶ Inmunizaciones (vacunas) para niños y adultos (**no** para viajes al extranjero ni para fines de empleo)
- ▶ Chequeos dentales, exámenes y atención dental preventiva para niños y adultos
- ▶ Mamografías (radiografías de mamas) en las mujeres
- ▶ Atención de la embarazada y del recién nacido
- ▶ Administración de la maternidad (servicios especiales para ayudarle a tener un embarazo seguro)
- ▶ Pruebas de Papanicolaou
- ▶ Exámenes de próstata para los hombres
- ▶ Exámenes físicos de rutina
- ▶ Exámenes de salud infantil



Servicios médicos

Los servicios cubiertos por OHP Plus, CAWEM Plus y OHP con medicamentos limitados incluyen lo siguiente:

- ▶ Atención de emergencia las 24 horas, radiografías y servicios de laboratorio
- ▶ Un examen o prueba (de laboratorio o radiografía) para averiguar cuál es el problema, independientemente de que el tratamiento para la condición esté cubierto o no
- ▶ Tratamiento para la dependencia química (alcohol y drogas)
- ▶ Suministros y educación para diabéticos
- ▶ Ambulancia de emergencia
- ▶ Atención de la vista
- ▶ Planificación familiar
- ▶ Centro de cuidados paliativos
- ▶ Trabajo de parto, parto y atención del recién nacido
- ▶ Equipos y suministros médicos
- ▶ Servicios de salud mental
- ▶ La mayoría de los medicamentos recetados
- ▶ Servicios preventivos
- ▶ El tratamiento para la mayoría de las enfermedades principales
- ▶ Algunas cirugías
- ▶ Atención de especialistas y derivaciones
- ▶ Programas para dejar de fumar

Si usted está inscrito en una CCO o plan de atención administrada, tendrá que obtener una derivación de su proveedor para ver a un especialista.

Segundas opiniones

Las segundas opiniones son un servicio cubierto. Si desea una segunda opinión sobre sus opciones de tratamiento, consulte a su PCP para que lo remita a otra opinión. Si está inscrito en la atención administrada y desea consultar a un proveedor fuera de la CCO o red de plan, usted o su proveedor tendrán que obtener primero la aprobación de su CCO o plan.

Servicios no cubiertos y limitados

El OHP cubre los servicios razonables para el diagnóstico de las condiciones, incluida la visita al consultorio para averiguar cuál es el problema. Sin embargo, una vez que sepa cuál es el problema, el OHP podría no cubrir las visitas de seguimiento si la condición o el tratamiento no es financiado en la Lista de prioridades de los servicios de salud (consulte la página 1).

Hay algunos servicios que no están cubiertos, incluso si el tratamiento puede ser importante. Si usted recibe un servicio de atención médica que no está cubierto, es posible que tenga que pagar la factura. Su proveedor le informará si un servicio no está cubierto y las opciones que tiene.

Por ejemplo, el OHP *no* paga por los siguientes servicios:

- ▶ Tratamiento para las condiciones que mejoran por su cuenta (como los resfriados o la gripe)
- ▶ Tratamiento para condiciones que se pueden solucionar con tratamientos caseros (tales como esguinces, alergias, callosidades, callos o algunas enfermedades de la piel)
- ▶ Cirugías o tratamientos cosméticos
- ▶ Tratamientos que generalmente no son eficaces
- ▶ Servicios para ayudarle a embarazarse
- ▶ Programas de pérdida de peso
- ▶ Pago de diferencias. Pagar la diferencia entre un artículo cubierto por el OHP y otro no cubierto para obtener la versión más cara no cubierta por el OHP. Por ejemplo, el OHP puede cubrir un par de anteojos básico pero el cliente desea obtener un par más caro que no está cubierto por el OHP. El cliente no puede comprarlo pagando la diferencia entre los dos.



Algunos servicios tienen límites. El proveedor puede ayudarle a responder sus preguntas sobre los servicios limitados.

Los servicios dentales incluyen los siguientes:

- ▶ Servicios preventivos (limpiezas, tratamientos de fluoruro, selladores para niños)

Números de teléfono útiles –

Página 8

Clientes de pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés): llame a Servicios al Cliente del OHP al 1-800-273-0557 (TTY 711)

Clientes de CCO/Plan: llame al número de teléfono que aparece en su identificación de CCO/Plan

- ▶ Servicios de rutina (empastes, radiografías)
- ▶ Chequeos dentales
- ▶ Extracción de dientes
- ▶ Dentaduras postizas
- ▶ Atención de emergencia las 24 horas
- ▶ Atención de especialistas y derivaciones

Los servicios de salud mental incluyen los siguientes:

- ▶ Evaluaciones y consultas
- ▶ Terapia
- ▶ Administración de casos
- ▶ Administración de medicamentos
- ▶ Hospitalización
- ▶ Servicios de emergencia
- ▶ Programas para ayudar con la vida diaria y comunitaria

Tratamiento para la dependencia química o trastorno por consumo de sustancias

Los servicios que puede recibir se basan en el paquete de beneficios que le fue asignado. Los problemas con el alcohol u otras drogas afectan a toda la familia. Es posible que necesite tratamiento si el consumo del alcohol u otras drogas causa problemas como estos en su vida:

- ▶ Peleas con sus seres queridos
- ▶ Faltas al trabajo
- ▶ Enfermedad
- ▶ Problemas con la ley

Identificar los problemas antes de que empeoren aumentará sus posibilidades de recuperación. Usted no necesita una derivación para obtener ayuda para los problemas de alcoholismo o drogadicción. Puede dirigirse con:

- ▶ Cualquier proveedor que acepte su identificación para Atención Médica de Oregon
- ▶ Su proveedor de atención primaria.

Tratamiento para pacientes ambulatorios y servicios de tratamiento con medicamentos

El OHP cubre el tratamiento ambulatorio y el tratamiento con medicamentos, tales como:

- ▶ Metadona
- ▶ Suboxone
- ▶ Buprenorfina
- ▶ Vivitrol
- ▶ Otros servicios de medicamentos que ayudan a una persona a reducir el consumo o abstenerse del alcohol u otras drogas

Algunos de los servicios ambulatorios y de tratamiento residencial son:

- ▶ Detección y evaluación
- ▶ Acupuntura
- ▶ Desintoxicación
- ▶ Consejería individual y grupal
- ▶ Medicamento
- ▶ Consejería familiar/pareja
- ▶ Examen físico
- ▶ Análisis de orina (UA, por sus siglas en inglés)

Servicios de tratamiento residencial

El OHP cubre los servicios de tratamiento residencial que incluyen los tratamientos proporcionados en un centro de atención las 24 horas del día, tanto para adultos como para jóvenes. Hay centros de tratamiento residencial que permiten que los hijos acompañen a sus padres al tratamiento.

Para obtener más información sobre los servicios residenciales, llame a la línea de ayuda de Oregon Partnership al:

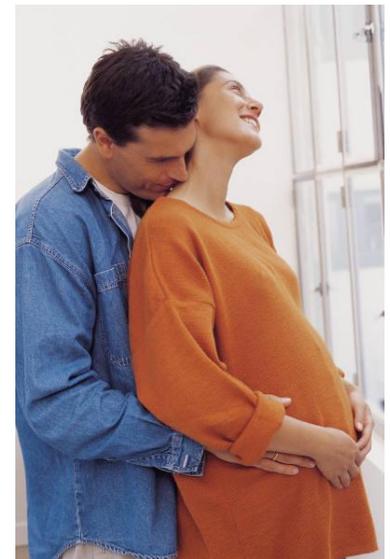
- ▶ 1-800-923-HELP (4357) o 1-877-553-TEEN (8336) —línea para jóvenes
- ▶ 1-877-515-7848 para los clientes que hablan español
- ▶ 503-945-5962 —La Unidad de Políticas sobre Adicciones y Salud Mental de Medicaid también puede responder a sus preguntas acerca de estos tipos de servicios.

Programas para dejar de fumar

El OHP paga los servicios para ayudarlo a dejar de fumar. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.

Línea para dejar de fumar de Oregon:

Inglés	1-800-QUIT NOW (1-800-784-8669)
Español:	1-855-DEJELO-YA
TTY	1-877-777-6534
En línea	www.quitnow.net/oregon



Cobertura de atención del embarazo

La atención del embarazo está cubierta por el OHP. Si se embaraza, llame de inmediato a Servicio al Cliente del OHP al 1-800-699-9075, TTY 711. Ellos se asegurarán de que no pierda la cobertura médica antes de que nazca su bebé. También debe llamar a Servicio al Cliente del OHP si su embarazo termina.

Las clientas embarazadas:

- ▶ Reciben servicios bajo OHP Plus u OHP con medicamentos limitados y el paquete de beneficios OHP Plus Supplemental.
- ▶ No pagan copagos.

Si está embarazada o cree que puede estarlo, es importante que consulte a un médico de inmediato.

¡Recuerde!

- ▶ Los chequeos periódicos son importantes para tener un bebé sano.
- ▶ No falte a sus citas y siga los consejos de su proveedor.
- ▶ El consumo de alcohol y drogas antes o durante el embarazo puede perjudicar al bebé que está por nacer. Hable con su proveedor si necesita ayuda con el consumo de alcohol y drogas.
- ▶ Ahora es un buen momento para dejar de fumar cigarrillos. Fumar durante el embarazo puede perjudicar a su bebé. Hable con su proveedor para averiguar en qué forma puede ayudarla a dejar de fumar.
- ▶ Si necesita atención especial para su embarazo, su proveedor puede remitirla a un especialista.
- ▶ Su proveedor puede darle vitaminas que ayudarán a mantener sano a su bebé durante su embarazo y a prevenir defectos de nacimiento.

Cobertura de atención del recién nacido

Llame a Servicio al Cliente del OHP al 1-800-699-9075, TTY 711 tan pronto como sea posible después de que nazca su bebé —está bien hacerlo en un lapso de dos semanas. Su bebé tiene cobertura médica hasta su primer cumpleaños, incluso si usted ya no es elegible para el OHP. Usted recibirá una nueva carta de cobertura del OHP que incluye a su bebé y una tarjeta de identificación para Atención Médica del OHP. Llame a Servicio al Cliente del OHP si no las recibe.



Cuando llame a Servicio al Cliente del OHP, proporcione la siguiente información sobre su bebé y los padres de su bebé:

- ▶ Fecha de nacimiento
- ▶ Nombre
- ▶ Sexo
- ▶ Número de Seguridad Social (o llame de nuevo tan pronto como su bebé lo reciba)
- ▶ Su proveedor de atención primaria

La planificación familiar y los servicios relacionados

Los siguientes servicios de planificación familiar y servicios relacionados están disponibles para hombres, mujeres y adolescentes:

- ▶ Visitas de planificación familiar (examen físico y educación sobre anticoncepción)
- ▶ Suministros para la prevención del embarazo, tales como los anticonceptivos orales y condones
- ▶ Servicios de esterilización (ligadura de trompas y vasectomías)

Los "servicios relacionados" incluyen los siguientes:

- ▶ Prueba de Papanicolaou
- ▶ Prueba de embarazo
- ▶ Exámenes para enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- ▶ Abortos
- ▶ Pruebas y consejería para SIDA y VIH

Incluso si está en una CCO o plan de atención administrada, usted puede ir a cualquiera de los siguientes lugares para recibir servicios de planificación familiar:

- ▶ Un departamento de salud del condado;
- ▶ Una clínica de planificación familiar;
- ▶ Cualquier proveedor que acepte su identificación para Atención Médica de Oregon.

No hay copagos para los servicios o suministros de planificación familiar y aquellos relacionados.

Hogares de Cuidado Primario Centrados en el Paciente (PCPCH)

Queremos que reciba la mejor atención posible. Una forma en que tratamos de hacerlo es pedir a nuestros proveedores que estén reconocidos por OHA como un hogar de cuidado primario centrado en el paciente (patient-centered primary care home o PCPCH). Los PCPCH reciben fondos adicionales para dar seguimiento cercano a sus pacientes y asegurarse de que se satisfagan todas sus necesidades médicas y de salud mental. Usted puede preguntar en su clínica o consultorio del proveedor si se trata de un PCPCH.

Servicios de transporte médico

Es importante que no falte a sus citas de atención médica. Si usted no tiene su propio medio de transporte, podría:

- ▶ Tomar el autobús
- ▶ Pedirle a un amigo o pariente que lo lleve
- ▶ Buscar a un voluntario de una agencia de servicio comunitario
- ▶ Llamar al centro de transporte que atiende a los clientes del OHP de forma gratuita en su condado. Los centros de transporte se encuentran en la página 13.

En algunos casos, usted podría recibir un reembolso por los gastos de transporte médico, que incluyen gasolina, comidas y alojamiento. Usted necesita obtener la aprobación para el reembolso de los gastos de transporte antes de ir a su cita médica. Para obtener la aprobación:

- ▶ Póngase en contacto con su oficina local de DHS si vive en uno de los siguientes condados

Baker	Clackamas	Crook	Deschutes
Grant	Harney	Jefferson	Malheur
Marion	Multnomah	Polk	Union
Wallowa	Washington	Yamhill	

- ▶ Para los demás condados, póngase en contacto con el centro de transporte que aparece en la tabla de la página siguiente.

Centros de transporte

Utilice el centro en su condado para pedir la aprobación y recibir el reembolso de sus costos de transporte médico.

Condados en los que se presta el servicio	Centro
Benton Linn Lincoln	Cascades West Ride Line Cascades West Council of Governments Teléfono: 541-924-8738 Teléfono gratuito: 1-866-724-2975
Baker* Jefferson* Crook* Malheur* Deschutes* Union* Grant* Wallowa*	Cascades East Ride Center Central Oregon Intergovernmental Council Teléfono: 541-385-8680 Teléfono gratuito: 1-866-385-8680
Lane	RideSource Call Center Lane Transit District Teléfono: 541-682-5566 Teléfono gratuito: 1-877-800-9899
Gilliam Umatilla Hood River Wasco Morrow Wheeler Sherman	Transportation Network Mid-Columbia Council of Governments Teléfono: 541-298-5345 Teléfono gratuito: 1-877-875-4657
Coos Josephine Curry Klamath Douglas Lake Jackson	TransLink Rogue Valley Transit District Teléfono: 541-842-2060 Teléfono gratuito: 1-888-518-8160
Marion* Polk* Yamhill*	TripLink Salem Area Mass Transit District Teléfono: 503-315-5544 Teléfono gratuito: 1-888-315-5544
Clatsop Columbia Tillamook	Northwest Ride Center Sunset Empire Transit District Teléfono gratuito: 1-888-793-0439
Clackamas* Multnomah* Washington*	Transportation Services Tri-Met Teléfono: 503-802-8700 Teléfono gratuito: 1-800-889-8726

**Nota: Los centros en estos condados no ofrecen reembolsos a los clientes en este momento. Póngase en contacto con su oficina local de DHS para el reembolso si usted vive en uno de estos condados.*

***Nota: Los centros en estos condados ofrecerán reembolsos a los clientes a partir del 1 de abril de 2014.*

Para TTY/servicio de retransmisión, marque el 711.

Números de teléfono útiles –

Página 14

Clientes de pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés): llame a Servicios al Cliente del OHP al 1-800-273-0557 (TTY 711)

Clientes de CCO/Plan: llame al número de teléfono que aparece en su identificación de CCO/Plan

Tarjeta de identificación para Atención Médica de Oregon

Cuando está inscrito en el Plan de Salud de Oregon usted recibirá una tarjeta de identificación para Atención Médica de Oregon.

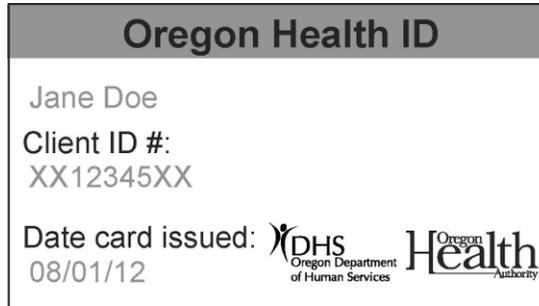
El estado emite la identificación únicamente cuando:

- ▶ Usted es nuevo en el OHP
- ▶ Su nombre cambia
- ▶ Su número de identificación cambia, o
- ▶ Usted pide una tarjeta de identificación de reemplazo.

Los nuevos clientes también reciben una carta de cobertura que muestra el nombre de oficina local, el número de teléfono, el código del trabajador, el paquete de beneficios, el copago y la información de CCO/plan para todos en el hogar (consulte la página 15).

Lleve consigo la tarjeta para Atención Médica de Oregon a todas las citas de atención médica. Los proveedores utilizan la información en la tarjeta para comprobar su elegibilidad.

Es ilegal utilizar una identificación para Atención Médica de Oregon para los servicios de salud para cualquier persona que no figure en la identificación.



Front



Back

Carta de cobertura

La carta de cobertura es exclusivamente para fines informativos. No es necesario que la lleve a sus citas médicas. Usted recibirá una carta nueva cuando:

- ▶ Usted es nuevo en el Plan de Salud de Oregon
- ▶ Usted tiene una CCO nueva
- ▶ Usted recibe una nueva identificación para Atención Médica de Oregon, o
- ▶ Cambiaron sus beneficios, dirección o miembros del hogar.

5503 XX#### XX P2 EN
AT
PO BOX #####
SALEM, OR 97309

Branch name/Division: OHP/CAF

Worker ID/Telephone: XX/503-555-5555

JOHN DOE
123 MAIN ST
HOMETOWN OR 97000

Bienvenido al Plan de Salud de Oregon.

¡Guarde esta carta!

Esta carta le explica sus beneficios del Plan de Salud de Oregon (OHP).

Esta carta es sólo para usted. No tiene que llevarla a sus citas médicas.

Sólo le enviaremos otra carta si hay cambios en su cobertura o si usted la solicita. Para solicitar otra carta, llame a su trabajador(a).

Esta es su nueva carta de cobertura y tarjeta médica. ¡Guárdela!

La carta contiene información sobre la cobertura de todas las personas de su familia que son elegibles para recibir beneficios médicos.

Le enviaremos otra carta si usted la solicita o si se producen cambios en la información que contiene esta carta.

La hoja amarilla adjunta contiene una tabla que describe los servicios cubiertos por cada paquete de beneficios y una lista de números de teléfono útiles.

Si encuentra alguna información incorrecta, llame a su trabajador(a) de inmediato. El número de teléfono de su trabajador(a) se encuentra en la parte superior de esta página, arriba de su nombre y dirección.

La información de esta carta es vigente desde las siguientes fechas:

Managed care plan or Primary Care Manager enrollment changed for:

DOE, JOHN – 08/01/2012

DOE, JANE – 08/01/2012

DOE, TIMOTHY – 08/01/2012

Cómo leer la carta de cobertura de muestra

Página 1 (muestra en la página anterior)

Esta página muestra la identificación y número de teléfono del trabajador, y, en "Motivo de la carta", una explicación de por qué recibió la carta.

Página 2 Indica el paquete de beneficios, los requisitos de copago y la atención médica o inscripción a TPR para todos en su hogar que sean elegibles para recibir beneficios. TPR es otra cobertura de salud, como el seguro privado o Medicare.

Nombre	Fecha de nacimiento	Núm. de ID del cliente	¿Copago?	Paquete de beneficios	Inscripción en atención administrada o TPR
John Doe	01/01/1968	XXXXXXXX	Sí	OHP Plus	A, B
Jane Doe	02/01/1969	XXXXXXXX	No	OHP con medicamentos limitados	B, C, E
Timmy Doe	03/01/2006	XXXXXXXX	No	OHP Plus	D

Página 3: enumera los nombres y números de teléfono de su CCO, planes de atención administrada o TPR.

A	CCOB – Mental and Physical PACIFIC TRAILS 800-555-1212	B	Dental Care Organization MILES OF SMILES 866-555-1212	C	Mental Health Organization HEALTHY MIND CARE 888-555-1234
D	Private Maj Med/Rx/Den BLUE CROSS OF OREGON	E	Medicare Part - A MEDICARE NW – Part A	F	

El ejemplo siguiente muestra la información de cobertura siguiente:

John – Tiene copagos, beneficios del OHP Plus y está inscrito en:

- **A** – Organización de Cuidado Coordinado: Pacific Trails, para atención física, hospitalaria y de salud mental
- **B** – Organización de Cuidado Dental: Miles of Smiles, para el cuidado dental

Jane – No paga copagos, tiene beneficios del OHP con medicamentos limitados, recibe su cuidado de la salud física y mental como cliente de pago por servicio y está inscrita en:

- **B** – Organización de Cuidado Dental: Miles of Smiles, para el cuidado dental
- **E** – Parte A de Medicare: Medicare NW, para la atención hospitalaria

Timmy – No paga copagos, tiene beneficios del OHP Plus y no está inscrito en ninguna CCO o planes de atención administrada del OHP porque tiene un seguro médico privado:

- **D** – Seguro médico privado: Blue Cross of Oregon, para el cuidado de la salud física, el cuidado de la salud dental y cobertura de medicamentos recetados.

La prestación de servicios

Hay dos maneras de recibir la atención de la salud a través del Plan de Salud de Oregon. El pago por servicio (fee-for-service o FFS) y la atención administrada. Asegúrese de revisar su carta de cobertura para ver si usted está inscrito en una organización de atención coordinada (coordinated care organization o CCO) o plan de salud médica, dental o mental con atención administrada.

Según el lugar donde viva y otros factores, puede estar inscrito en una CCO o un plan de atención administrada para algunos tipos de cuidado de la salud y recibir atención médica de cualquier proveedor que acepte su identificación para Atención Médica de Oregon para otros servicios. Por ejemplo, puede recibir sus servicios médicos y de salud mental a través de su CCO, pero no estar inscrito en un plan dental. Para obtener información acerca de los servicios de atención administrada, consulte la página 25.

Los servicios de salud para los miembros del OHP que no están inscritos en un plan médico o CCO se denominan clientes de pago por servicio o con "tarjeta abierta". El DMAP paga a sus proveedores.

Su información de inscripción de atención administrada aparece en la página 2 de su carta de cobertura del OHP.

Razones por las que los clientes podrían no estar inscritos en la atención administrada:

- ▶ No hay CCO/planes disponibles en el área en la que viven.
- ▶ Los clientes de ascendencia indígena norteamericana, nativos de Alaska o que pueden recibir servicios a través de un programa de Servicios de Salud Indígena, no están obligados a inscribirse en una CCO o plan. Estos clientes pueden optar por recibir atención médica de cualquier proveedor que acepte su identificación para Atención Médica de Oregon. Los clientes nuevos con las siguientes condiciones pueden retrasar la inscripción en una CCO/plan si ellos:
 - ✓ Están programados para cirugía. La inscripción en una CCO/plan puede retrasarse hasta después de la cirugía.
 - ✓ Están en los últimos tres meses de un embarazo. Si no están inscritos en una CCO o un plan, la inscripción se puede retrasar hasta después del nacimiento del bebé.
- ▶ Los clientes que tienen enfermedad renal en etapa terminal o que reciben tratamiento de diálisis de rutina, o han recibido un trasplante de riñón en los últimos 36 meses, no están obligados a inscribirse en una CCO.
- ▶ Los clientes que tienen tanto los beneficios de Medicare y como del OHP pueden elegir cuando se inscriben en una CCO o un plan médico.

Pago por servicio

Pago por servicio significa que no usted no está inscrito en una CCO o un plan de atención administrada. Si usted no está inscrito en la atención administrada, puede recibir atención médica de cualquier proveedor que acepte la identificación para Atención Médica de Oregon. Es posible que tenga que llamar a los consultorios médicos para averiguar si aceptan a clientes de pago por servicio del OHP. Ese proveedor facturará a DMAP directamente por los servicios prestados y recibirá una "cuota" por su "servicio". Algunas personas llaman a esto una "tarjeta abierta".

Si usted es un cliente de pago por servicio, el campo "Atención administrada/TPR" en la página 2 de su carta de cobertura no mostrará una CCO o un plan de atención administrada. Sin embargo, si usted tiene un seguro privado, dicho seguro se enumerará en esta columna. (TPR son las siglas de Third Party Resource o recurso de terceros).

Derechos de los nativos

Los nativos americanos y nativos de Alaska en el OHP pueden optar por recibir atención administrada o recibir servicios como clientes de pago por servicio.

Los nativos americanos y nativos de Alaska pueden recibir su atención de una clínica de Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service o IHS) o centro de bienestar tribal. Esto es cierto independientemente de si están en una CCO o un plan o reciben servicios en una base de pago por servicio.

Consultas sobre salud las 24 horas al día

A veces, cuando usted o su hijo se enferman o se lesionan, a veces no es posible determinar si es necesario ir al médico o no. Otras veces, usted sabe que necesita atención médica, pero no sabe si debe esperar a ver a su proveedor habitual o ir a un centro de atención de urgencia o sala de emergencias de un hospital.

Si recibe atención en forma de pago por servicio, puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermeras al 1-800-562-4620. La enfermera le hará algunas preguntas y, a continuación, le ayudará a decidir dónde obtener tratamiento. Tal vez usted no tenga que ir al hospital. La enfermera puede incluso llamar más tarde para ver cómo se encuentra. Usted puede obtener información acerca de los recursos de la comunidad, otro tipo de asistencia médica y un entrenador personal de la salud si llama al 1-800-562-4620. Las enfermeras están disponibles las 24 horas al día, los siete días a la semana. Este servicio es gratuito.

Atención médica de emergencia

Una emergencia es una lesión grave, una enfermedad imprevista o un dolor severo que usted considera que puede causar la muerte o un daño físico grave si no recibe tratamiento. Si usted está embarazada, los servicios de emergencia también incluyen la salud de su bebé que está por nacer. Si usted cree que tiene una emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de



Números de teléfono útiles –

Página 19

Clientes de pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés):

llame a Servicios al Cliente del OHP al 1-800-273-0557 (TTY 711)

Clientes de CCO/Plan: llame al número de teléfono que aparece en su identificación de CCO/Plan

emergencias más cercana. La atención de emergencia está cubierta las 24 horas del día, los siete días a la semana.

Lleve su identificación

En la sala de emergencia, muestre su identificación para Atención Médica de Oregon. El personal de la sala de emergencia llamará a su proveedor si necesitan saber más acerca de usted.

La atención de emergencia cuando está lejos de su casa

Si usted está de viaje y tiene una emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 9-1-1. Los servicios de emergencia sólo están autorizados mientras existe la emergencia. Llame a su proveedor de atención primaria para coordinar el cuidado adicional si es necesario mientras usted se encuentra lejos de su casa. Además, llame para el seguimiento o la transferencia de su cuidado.

Si en realidad no es una emergencia

Si utiliza una ambulancia o la sala de emergencias por algo que DMAP no considera una emergencia, es posible que tenga que pagar la factura. La atención en las salas de emergencias es muy cara. No vaya allí para recibir atención que debería recibir en el consultorio de su proveedor. La atención de los dolores de garganta, resfriados, gripe, dolor de espalda o dolores de cabeza por tensión no se considera una emergencia. Llame a su proveedor o a la línea de asesoramiento de enfermeras las 24 horas del día.

Atención de urgencia

Una condición médica de urgencia es lo suficientemente grave como para ser tratado de inmediato, pero no requiere atención en la sala de emergencias. Para recibir atención de urgencia, llame a su proveedor. Ellos le aconsejarán qué hacer. Si no puede localizar a su proveedor, llame a la línea de asesoramiento de enfermeras las 24 horas del día al 1-800-562-4620, o vaya a un centro de atención de urgencias.

Seguimiento a la atención de emergencia o urgencia

Una vez que lo hayan dado de alta de la sala de emergencias o de una clínica de atención de urgencia, llame a su proveedor de atención primaria (primary care provider o PCP) lo más pronto posible. Informe a su proveedor dónde lo trataron y por qué. Su PCP se encargará de toda su atención de seguimiento y programará otra cita si es necesario.

Atención dental de emergencia y de urgencia

Una "emergencia" dental es la atención dental que requiere tratamiento **inmediato**. Ejemplos de emergencias dentales incluyen:

- ▶ Dolor de muelas severo
- ▶ Pérdida de un diente por un golpe
- ▶ Infección grave

La atención dental "de urgencia" es la atención dental que requiere tratamiento rápido, pero no inmediato. Ejemplos de condiciones urgentes incluyen:



- ▶ Dolor de muelas
- ▶ Inflamación de las encías
- ▶ Pérdida de un empaste

Si tiene una emergencia dental o necesita atención de urgencia, llame a su dentista regular.

Servicios de la Coordinación de Atención del Plan de Salud de Oregon (OHPCC)

Usted puede ser colocado en la OHPCC o su médico puede remitirlo si usted es un cliente de pago por servicio. Una compañía conocida como APS Healthcare es la que presta estos servicios. El programa le ayuda con sus necesidades de atención. Esto puede incluir ayuda para encontrar a un doctor, comida o refugio. El programa también puede ayudar con la planificación del alta hospitalaria, administración de medicamentos o cómo autoadministrar condiciones crónicas, obtener el equipo adecuado o seguir viviendo en su propia casa durante más tiempo. Unos cuantos ejemplos de condiciones crónicas que podrían ponerlo en riesgo y podrían resultar en que usted se inscriba en la OHPCC para los FFS son:

- ▶ Diabetes
- ▶ Asma
- ▶ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- ▶ Insuficiencia cardiaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés)
- ▶ Enfermedad arterial coronaria (CAD, por sus siglas en inglés)
- ▶ Depresión
- ▶ Dolor crónico

También se le puede colocar en un programa de administración de casos si tiene varias necesidades médicas o agudas que requieren una coordinación más frecuente o compleja.

El objetivo del programa de OHPCC es mantenerlo más sano al enfocarse en apoyar su opción de seguir siendo independiente en su comunidad con la coordinación de los servicios necesarios. El programa también ayuda a reducir el uso de las salas de emergencia cuando se pueden usar otros recursos, o la necesidad de ser hospitalizado o de volver a ser internado en el hospital.

Si usted está en el programa se le anima a participar con el entrenador de la salud del programa. Usted aprenderá cómo trabajar mejor con sus médicos y cómo obtener los servicios necesarios. Formar parte de este programa NO reduce, cambia ni elimina ninguno de sus beneficios del OHP. Usted también tiene el derecho de solicitar ser inscrito en una CCO o plan de atención administrada en su área en cualquier momento.

Puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermeras las 24 horas al 1-800-562-4620 en cualquier momento que tenga preguntas sobre su salud y sus necesidades de atención médica.

Atención lejos de casa

Si viaja fuera de Oregon, el OHP únicamente cubre los servicios de emergencia. Es posible que se le facture por atención de emergencia fuera del estado si el proveedor no se inscribe como proveedor de DMAP.

Después de recibir tratamiento de emergencia, llame a su proveedor de atención primaria para coordinar el cuidado adicional si es necesario mientras usted se encuentra lejos de su casa. Además, llame para el seguimiento o la transferencia de su cuidado.

Viajar fuera de los Estados Unidos

Si viaja fuera de los Estados Unidos (incluyendo Canadá y México), el OHP no cubrirá ningún servicio médico que reciba en otro país.



Programa de Administración de Farmacia

Si usted está en el Programa de Administración de Farmacia, debe comprar los medicamentos que le receten en una sola farmacia. Usted tendrá 30 días para cambiar de farmacia si no desea estar inscrito en la farmacia que aparece en su carta de cobertura. Para cambiar de farmacia, llame a Servicios al Cliente del OHP.

Excepciones permitidas

Usted puede recibir medicamentos de una farmacia distinta si:

- ▶ Usted tiene una necesidad urgente de surtir una receta y su farmacia inscrita no está disponible (por ejemplo, está cerrada o usted se encuentra fuera de la zona);
- ▶ Su farmacia no tiene en existencias el medicamento recetado.

Usted puede cambiar la inscripción a su farmacia:

- ▶ Si usted se muda;
- ▶ Cuando se vuelve a determinar su elegibilidad para el OHP, por lo general una vez al año;
- ▶ Si su farmacia inscrita le niega los servicios.

Servicios de farmacia con entrega a domicilio del OHP

Este programa permite a los clientes de pago por servicio ordenar y recibir medicamentos por correo en casa o en su clínica. Usted no tiene que hacer copagos por los medicamentos provistos a través de la farmacia con entrega a domicilio de DMAP. Usted puede:

- ▶ Pedir recetas continuas para toda la familia;
- ▶ Ordenar por correo o teléfono que surtan sus recetas;
- ▶ Tener la garantía de calidad y seguridad;
- ▶ Recibir la entrega en un lapso de ocho a 10 días;
- ▶ Ordenar un suministro de tres meses a la vez.



Usted puede usar estos servicios, incluso si usted está restringido a una farmacia de entrada libre a través del Programa de Administración de Farmacia. Su médico puede enviar su receta al servicio de entrega a domicilio o usted puede inscribirse si llama al número gratuito 1-877-935-5797. Los representantes de servicio al cliente están disponibles de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.

Problemas con los servicios de atención de la salud

Si usted tiene una queja sobre la forma en que fue tratado en una cita de atención de la salud (por ejemplo, descortesía del personal o facturación no resuelta):

- ▶ Llame a Servicios al Cliente del OHP al 1-800-273-0557 (TTY 1-800-375-2863).
- ▶ Llene un formulario de queja del OHP (OHP 3001). Usted puede obtener este formulario con el Servicio al Cliente del OHP si llama al 1-800-699-9075, TTY 711, de una oficina local de DHS o en el sitio web de la OHA en: www.oregon.gov/oha/healthplan/Pages/forms.aspx
- ▶ Si usted está en desacuerdo con una decisión que DMAP tomó sobre su atención médica, complete un formulario de Solicitud de Audiencia Administrativa (MSC 443). Consulte la página 36 para obtener más información sobre sus derechos a una audiencia.

Los derechos de los clientes del OHP

- ▶ A ser tratados con dignidad y respeto
- ▶ A ser tratados por los proveedores de la misma manera que otras personas que buscan los beneficios de atención de la salud a los que tienen derecho
- ▶ A obtener un tratamiento cubierto para el abuso de sustancias, la planificación familiar o servicios relacionados sin una derivación
- ▶ A tener un amigo, un familiar o un abogado presente durante las citas y en otros momentos cuando sea necesario dentro de los lineamientos clínicos
- ▶ A participar activamente en el desarrollo de su plan de tratamiento
- ▶ A recibir información sobre su enfermedad y los servicios cubiertos y no cubiertos para permitir una decisión informada sobre la propuesta de tratamiento(s)
- ▶ A dar su consentimiento para el tratamiento o rechazar los servicios y recibir información sobre las consecuencias de esa decisión, a excepción de los servicios ordenados por la corte
- ▶ A recibir los materiales por escrito que describen los derechos, responsabilidades, beneficios disponibles, cómo acceder a los servicios y qué hacer en caso de emergencia
- ▶ A recibir materiales por escrito y recibir la explicación de una manera que sea comprensible para los clientes
- ▶ A recibir los servicios necesarios y razonables para diagnosticar la condición que se presenta
- ▶ A recibir los servicios cubiertos bajo el OHP que cumplan las normas generalmente aceptadas de la práctica y que sean médicamente apropiados
- ▶ A obtener los servicios preventivos cubiertos
- ▶ A recibir una derivación a proveedores especializados para los servicios cubiertos y médicamente apropiados
- ▶ A que se conserve un expediente clínico que documente las condiciones, los servicios recibidos y las derivaciones hechas
- ▶ A tener acceso a su propio expediente clínico, a menos que esté restringido por la ley
- ▶ A que se corrijan sus expedientes médicos
- ▶ A que se transfiera una copia de su expediente clínico a otro proveedor
- ▶ A hacer una declaración de deseos para el tratamiento (Instrucciones anticipadas) y obtener un poder notarial para la atención de la salud
- ▶ A recibir una notificación por escrito antes de que se niegue o cambie un nivel de servicio o beneficio, a menos que los reglamentos federales o estatales no requieran dicha notificación
- ▶ A saber cómo presentar una queja, reclamo o apelación y recibir una respuesta
- ▶ A solicitar una audiencia administrativa con el Departamento de Servicios Humanos o la Autoridad de Salud de Oregon
- ▶ A recibir un aviso de la cancelación de una cita en el momento oportuno
- ▶ A recibir una notificación adecuada de las prácticas de privacidad del DHS/OHA

Los derechos adicionales para los miembros de atención administrada se muestran en la página 23

Responsabilidades de los clientes del OHP

- ▶ A tratar a todos los proveedores y al personal con respeto
- ▶ A llegar a tiempo a las citas hechas con los proveedores
- ▶ A llamar con antelación si van a llegar tarde o tienen que cancelar su cita
- ▶ A buscar los exámenes periódicos de salud, chequeos y servicios preventivos con sus proveedores médicos, dentales o mentales
- ▶ A utilizar su PCP o clínica para la atención de diagnóstico y de otra índole, excepto en caso de emergencia
- ▶ A obtener una derivación a un especialista por parte del PCP o clínica antes de buscar atención de un especialista, a menos que se permita la autoderivación
- ▶ A utilizar debidamente los servicios de emergencia y atención de urgencia
- ▶ A proporcionar información precisa para su inclusión en el expediente clínico
- ▶ A ayudar al proveedor o clínica a obtener expedientes clínicos de otros proveedores. Esto puede incluir la firma de un formulario de divulgación de información
- ▶ A hacer preguntas acerca de las condiciones, tratamientos y otros temas relacionados con su cuidado que no entiendan
- ▶ A utilizar la información para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento antes de que se les proporcione
- ▶ A ayudar en la creación de un plan de tratamiento con su proveedor
- ▶ A seguir los planes de tratamiento prescritos y acordados
- ▶ A informar a su proveedor que tienen cobertura del OHP y a mostrar la identificación para Atención Médica de Oregon cuando se solicite
- ▶ A llamar al Servicio al Cliente del OHP al 1-800-699-9075, TTY 711 e informarles:
 - ✓ Si usted tiene un cambio de dirección o número de teléfono
 - ✓ Si alguien en la familia se embarazó
 - ✓ Del nacimiento de un hijo
 - ✓ Si algún miembro de la familia se muda al hogar o fuera de este
 - ✓ Si hay algún otro seguro disponible e informar cualquier cambio en el seguro en el momento oportuno
- ▶ A pagar por los servicios no cubiertos que reciben
- ▶ A ayudar a DMAP a encontrar cualquier otro seguro al que tengan derecho y a pagar a DMAP por la cantidad de beneficios que recibieron como consecuencia de un accidente o lesión
- ▶ A notificar a DMAP de problemas, quejas o reclamos
- ▶ A firmar un permiso para que el DHS/OHA y su CCO/plan puedan obtener la información que necesitan para responder a una solicitud para una audiencia administrativa de una manera eficaz y eficiente

Los derechos y responsabilidades adicionales para los miembros de atención administrada se muestran en la página 25

Derechos y responsabilidades de los miembros de atención administrada

Derechos de los miembros de atención administrada

Además de los derechos que figuran en la página 23, como miembro de una CCO o un plan de atención administrada, usted también tiene el derecho a:

- ▶ Elegir o cambiar a su proveedor
- ▶ Pedir que los materiales por escrito de la CCO/plan se le expliquen de una manera que sea comprensible;
- ▶ Saber cómo hacer un reclamo ante la CCO/plan y recibir una respuesta por parte de ellos;
- ▶ Presentar quejas y obtener una respuesta sin una mala reacción por parte de su CCO, plan o proveedor;
- ▶ Recibir atención médica cuando la necesite, las 24 horas del día, los siete días a la semana;
- ▶ Ser capaz de limitar quién puede ver sus expedientes médicos;
- ▶ Ayudar a tomar decisiones sobre su cuidado de salud, incluso rechazar el tratamiento, sin que se le imponga, sin mantenerlo alejado de otras personas y sin que se le obligue a hacer algo que no desea hacer.

Responsabilidades de los miembros de atención administrada

Además de las responsabilidades que figuran en la página 24, como miembro de una CCO o un plan de atención administrada, usted también tiene la responsabilidad de:

- ▶ Elegir a su proveedor o clínica, una vez inscrito.
- ▶ Obtener servicios únicamente de su PCP (excepto en una emergencia) o a través de proveedores de la CCO/plan cuando su PCP lo remita.
- ▶ Obtener una derivación a un especialista por parte de su PCP o clínica antes de buscar atención de un especialista, a menos que se permita la derivación al especialista.
- ▶ Notificar de una emergencia a la CCO/plan o PCP en un lapso de 72 horas.
- ▶ Ayudar a la CCO/plan a buscar cualquier recurso de terceros disponible y pagar a la CCO/plan la cantidad de beneficios que pagó por una lesión de cualquier recuperación recibida de la lesión.
- ▶ Dar a conocer los problemas o quejas a la CCO/plan.

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE

La atención administrada

Las organizaciones de atención coordinada y los planes de atención médica y dental administrada coordinan sus necesidades de salud. La OHA paga a las CCO y los planes de atención administrada una cantidad fija cada mes para proporcionar a sus miembros los servicios de atención de la salud que necesitan. La mayoría de los miembros del OHP deben recibir atención médica, dental y de salud mental administrada. La información de inscripción de atención administrada aparece en la página 2 de su carta de cobertura del OHP.

¿Cuáles son los beneficios de la atención administrada?

- ▶ Cabe la posibilidad que no tenga que pagar copagos.
- ▶ Usted y su familia tendrán garantizado el acceso a la atención física y de salud dental las 24 horas del día, los siete días a la semana.

Tipos de inscripción de atención administrada

Si usted está en atención administrada, puede inscribirse en uno o más de los siguientes:

- ▶ Organización de atención coordinada (CCO-A), para la atención física, dental y de salud mental coordinada
- ▶ Organización de atención coordinada (CCO-B), para la atención física y de salud mental coordinada
- ▶ Plan de salud completamente per cápita, organización de cuidado médico (physician care organization o PCO) para la atención de salud física
- ▶ Organización de atención dental, para la atención dental
- ▶ Organización de atención coordinada (CCO-E), para la atención de la salud mental
- ▶ Organización de atención coordinada (CCO-G), para la atención de salud dental y mental

La inscripción de atención administrada aparece en la página 2 de su carta de cobertura del OHP.

Organizaciones de atención coordinada (CCO)

La mayoría de los miembros del OHP se están trasladando a las organizaciones de atención coordinada (CCO). Las CCO están establecidas de tal manera que cualquier persona que le brinde atención —médicos, enfermeras, consejeros— pueda centrarse en la prevención y la mejora de la atención. Son un grupo de todos los tipos de proveedores de salud que trabajan en conjunto para la gente en el OHP en sus comunidades.

En lugar de tratarlo únicamente cuando se enferma, las CCO trabajan con usted para mantenerlo sano y ayudarlo a manejar las condiciones de salud existentes. Por ejemplo, puede haber servicios agregados para los clientes del OHP que tienen condiciones crónicas como la diabetes, el asma u otras necesidades de salud. Las CCO también pueden ayudar a evitar viajes innecesarios al hospital o la sala de emergencias.

- ▶ Las CCO ofrecen más atención en equipo.
- ▶ Pueden compartir mejor la información para evitar la repetición o la realización de

pruebas innecesarias.

- ▶ Usted obtendrá las herramientas y el apoyo que necesita para mantenerse saludable.
- ▶ Su atención y el asesoramiento que reciba serán fáciles de entender y seguir.
- ▶ Las CCO ayudarán a todos sus proveedores a trabajar en conjunto para mejorar su salud y el cuidado de la salud.



Proveedor de atención primaria en una CCO, un plan médico o dental

Cuando se inscribe en una CCO, un plan médico o dental se le pedirá que elija un proveedor de atención primaria (primary care provider o PCP) o dentista de atención primaria (primary care dentist o PCD). Cada miembro de la familia puede elegir un PCP o PCD diferente. Su PCP y PCD proporcionarán o coordinarán sus servicios y tratamientos médicos y dentales. Su CCO, plan médico o dental le dará 30 días para elegir un PCP o PCD. Después de 30 días, ellos

pueden elegir uno para usted. Pida a su CCO, plan médico o dental una lista de proveedores si no tiene una.

Para coordinar su atención médica y dental, su PCP y PCD harán lo siguiente:

- ▶ Mantendrán sus expedientes médicos y dentales en un solo lugar para darle un mejor servicio.
- ▶ Le proporcionarán acceso a la atención médica y dental las 24 horas del día, los siete días a la semana.
- ▶ Serán su primer contacto cuando usted necesite atención médica o dental, a menos que sea una emergencia.
- ▶ Se encargarán de su atención hospitalaria o por especialistas cuando sea necesario.

Servicios de intérprete

Usted tiene derecho a solicitar un intérprete médico calificado o certificado o un intérprete de lenguaje de señas para ayudarle con sus necesidades de idioma en sus citas. Si necesita un intérprete, informe a su proveedor cuál es su idioma preferido y éste programará un intérprete sin costo para usted. Cuando sea posible, no dude en informar a su proveedor con antelación acerca de sus necesidades de idioma.

Tarjetas de identificación

Su CCO o planes de atención administrada le enviarán tarjetas de identificación. Estas le informan lo que debe hacer en caso de emergencia. Es importante que muestre tanto su identificación para Atención Médica de Oregon como su identificación de CCO/plan cuando busque atención médica. Llame al departamento de servicios para miembros de su CCO/plan para reemplazar las identificaciones perdidas.

Las CCO o los planes de atención administrada en los que está inscrito se enumeran en su carta de cobertura.

Si usted recibe servicios de atención que no son de emergencia ni de urgencia por parte de proveedores que no forman parte de su CCO o plan, es posible que tenga que pagar por ellos, incluidos los deducibles y coaseguros de Medicare.

Servicios especiales

- ▶ Usted debe tener una derivación de su PCP antes de ver a un especialista. Si usted no tiene una derivación, el OHP podría no pagar la atención que usted reciba. Es posible que tenga que pagar la factura del especialista.
- ▶ Usted no necesita una derivación para obtener los servicios de planificación familiar y los servicios relacionados. Usted puede buscar este tipo de ayuda de cualquiera que acepte su identificación para Atención Médica de Oregon.
- ▶ Usted recibirá sus medicamentos recetados en las farmacias que estén contratadas por la CCO o el plan. Pida una lista a su CCO/plan.

Servicios de Coordinación de Cuidados Intensivos (ICCS) y Coordinadores para la Atención de Necesidades Excepcionales (ENCC)

Las CCO y los planes médicos cuentan con personal especial para ayudar a los miembros que tienen necesidades médicas especiales o complejas. Las CCO tienen administradores de cuidados intensivos, mientras que los planes médicos tienen coordinadores para la atención de necesidades excepcionales. Este personal ayuda a coordinar los servicios de atención de salud para los miembros de 65 años o más y los miembros con discapacidades, problemas médicos complejos o con necesidades especiales. Los miembros que tienen necesidades de suministro o equipo médico especial o que requieren servicios de apoyo en la obtención de atención pueden pedir ayuda a un ICCM o ENCC al llamar a su CCO o plan médico.

Atención de urgencia

Siempre llame a la oficina de su PCP si presenta cualquier problema de salud. Alguien podrá ayudarle de día y de noche, incluso los fines de semana y días festivos. Si no puede comunicarse con la oficina de su PCP si presenta un problema urgente o si ellos no pueden consultarlo con suficiente prontitud, usted puede ir a la clínica de atención de urgencia más cercana sin cita previa. Los problemas urgentes son cosas como infecciones graves, esguinces y dolores fuertes. Si usted no sabe qué tan urgente es el problema, llame a su PCP.

Emergencias y crisis

Si usted piensa que tiene una verdadera emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (emergency room o ER) del hospital más cercano. Usted no necesita permiso para recibir atención en caso de emergencia. Una emergencia puede ser dolor en el pecho, dificultad para respirar, sangrado que no se detiene, huesos rotos o una emergencia de salud mental. No use la sala de emergencias para las cosas que se pueden tratar en el consultorio de su médico. A veces las ER implican una espera larga e incómoda y horas para ver a un médico, por lo tanto únicamente debe asistir allí cuando sea necesario.

Si usted va a una sala de emergencias o una clínica de atención de urgencia, muestre

tanto su identificación para Atención Médica de Oregon **como su tarjeta del plan médico**. El personal de la sala de emergencia llamará a su proveedor si necesitan saber más acerca de usted.

Una emergencia de salud mental es sentirse o actuar fuera de control, o una situación que podría perjudicar a usted o a otra persona. Obtenga ayuda de inmediato —no espere hasta que exista un peligro real. Llame a la línea telefónica de crisis de su CCO o del plan, al 911 o diríjase a la sala de emergencias.

Seguimiento a la atención de emergencia o urgencia

Una vez que lo hayan dado de alta de la sala de emergencias o de una clínica de atención de urgencia, llame a su proveedor de atención primaria o de salud mental lo más pronto posible. Informe a su proveedor dónde lo trataron y por qué. Su PCP o proveedor de salud mental se encargarán de toda su atención de seguimiento y programarán otra cita si es necesario.

La atención de emergencia está cubierta hasta que usted esté estable. La atención de seguimiento una vez que esté estable está cubierta, pero no se considera una emergencia.

Emergencias fuera de la ciudad

Si usted tiene una emergencia real cuando se encuentre lejos de su casa, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Su atención será cubierta hasta que esté estable. Para la atención de seguimiento después de la emergencia, llame a su PCP.

El OHP cubre la atención de emergencia y de urgencia en cualquier lugar en los Estados Unidos, pero no en México, Canadá ni en otro lugar fuera de los EE. UU.

Si necesita atención fuera de la ciudad

Si se enferma cuando está lejos de casa, llame a su PCP. Si necesita atención urgente, busque un médico local que pueda atenderlo de inmediato. Solicite que el médico llame a su PCP para coordinar su atención.

Trabajo de parto y parto

Si es posible, trate de mantenerse dentro del área de servicio de su CCO o plan médico durante los últimos 30 días de su embarazo.

Sin embargo, si debe salir del área de servicio de su CCO o plan médico, ellos son responsables únicamente de la atención de emergencia que usted reciba mientras se encuentre fuera de su área de servicio. Su CCO o plan cubrirán el parto y la revisión del recién nacido en el hospital, pero no la atención prenatal. También pagarán por cualquier otro tipo de atención de emergencia relacionada con usted o su bebé.

Inscripción del recién nacido

Su CCO o plan médico cubrirá a su hijo recién nacido en el momento del nacimiento. Sin embargo, usted todavía tendrá que llamar al Servicio al Cliente del OHP al 1-800-699-9075, TTY 711, para inscribir a su bebé tan pronto como sea posible (un lapso de dos semanas es mejor). Usted debe recibir una nueva carta de cobertura con su bebé en la

lista. Si no la recibe, llame al Servicio al Cliente del OHP.

Conseguir transporte

Si necesita ayuda para llegar a sus citas, llame al centro que se encuentra en la página 13. Algunas personas pueden recibir ayuda para pagar por el transporte.

Cuidado infantil

Si usted necesita cuidado infantil para que pueda asistir a su cita, llame al Servicio al Cliente del OHP al 1-800-699-9075, TTY 711. Ellos pueden ayudarle a conseguir el dinero para pagar a una niñera.

Incentivos para los proveedores

Ni las CCO ni los planes pagan ni recompensan a sus proveedores por limitar los servicios y las derivaciones. Comuníquese con su CCO o plan si usted está interesado en cualesquiera incentivos médicos que proporcionen.

Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental están disponibles para todos los miembros del OHP. Usted puede recibir ayuda con la depresión, la ansiedad, los problemas familiares y los comportamientos difíciles, por nombrar algunos. Su CCO o plan médico cubren la evaluación de salud mental para averiguar qué tipo de ayuda necesita, la administración de casos, el tratamiento y la atención en un hospital psiquiátrico si la necesita.

Importante: *usted no necesita una derivación para obtener servicios de salud mental de un proveedor de la red.* Consulte el Directorio de proveedores de su CCO o plan para obtener una lista de proveedores de la red.

Recetas de salud mental

Las CCO y los planes no cubren todas las recetas. La mayoría de los medicamentos que la gente toma para enfermedades mentales las paga el OHP sobre una base de pago por servicio. Asegúrese de mostrar a su farmacéutico la identificación para Atención Médica de Oregon y sus tarjetas de identificación de la CCO o del plan. Con esta información, el farmacéutico sabrá a quién facturar.

Servicios del ISA para el tratamiento de la salud mental de los niños

El Conjunto de Servicios Integrados (Integrated Services Array o ISA) es un programa de servicios intensivos para niños con enfermedades mentales para mantenerlos a seguros en el hogar, en la escuela y en su comunidad. La mayoría de los participantes tienen de 10 a 15 años de edad.

Los servicios en esta página únicamente los ofrecen las CCO

Ayudantes de atención

Puede haber momentos en los que necesite ayuda para obtener la atención adecuada. Su equipo de atención primaria puede tener gente especialmente capacitada para hacer esto. Estas personas se llaman coordinadores de atención, trabajadores comunitarios de la salud, especialistas en bienestar entre pares y navegadores de salud personal. Pida más información al servicio al cliente de su CCO.

La participación en actividades de la CCO

Su CCO tiene un consejo asesor de la comunidad. La mayoría de los miembros del consejo son miembros del Plan de Salud de Oregon. Otros miembros son de los organismos gubernamentales y grupos que proporcionan servicios del OHP. Si usted está interesado en ser miembro del consejo asesor de la comunidad, llame al servicio al cliente de su CCO para obtener una solicitud.

Servicios de AMHI para el tratamiento de la salud mental

Aim High (AMHI) es un programa para ayudar a los adultos en los centros residenciales a recibir una mejor atención de la salud mental. También ayuda a adultos con enfermedades mentales a recibir más y mejores servicios en la comunidad. El objetivo es mantener a la gente sana fuera del Hospital Estatal.

Su CCO/Plan tiene varios programas y actividades para una vida saludable que usted puede utilizar. Estos se enumeran en el manual para miembros de la CCO/Plan. Para obtener más información acerca de estos servicios, llame al Servicio al Cliente de su CCO/Plan.

Educación sobre la salud culturalmente sensible

Las CCO respetan la dignidad y la diversidad de nuestros miembros y de las comunidades donde viven. Desean asegurarse de que sus servicios respondan a las necesidades de las personas de todas las culturas, los idiomas, las razas, etnias, capacidades, religiones, los géneros, las orientaciones sexuales y otras necesidades especiales de nuestros miembros. Desean que todos se sientan bienvenidos y bien atendidos en su CCO.

Los programas de educación para la salud incluyen el autocuidado, la prevención y el automanejo de las enfermedades. Llame al servicio al cliente de su CCO para obtener más información.

Problemas con sus servicios de atención de la salud

Si usted tiene una queja sobre la forma en que fue tratado en una cita de atención de la salud (por ejemplo, descortesía del personal o facturación no resuelta), elija una de las opciones siguientes:

- ▶ Llame a su CCO o plan de atención administrada al número que aparece en su carta de cobertura.
- ▶ Llame a Servicios al Cliente del OHP para hablar de su problema.
- ▶ Llame un formulario de queja del OHP (OHP 3001). Usted puede obtener este

formular con Servicios al Cliente del OHP, con cualquier oficina de DHS o en el sitio web de DHS/OHA en <https://apps.state.or.us/Forms/Served/HE3001.pdf>. Sus CCO/planes también tienen formularios de reclamación.

- ▶ Consulte también sus derechos de audiencia en la página 38.

Cómo cambiar de CCO

Si desea cambiar a una CCO diferente, llame a Servicio al Cliente del OHP al 1-800-699-9075, TTY 711. Hay varias oportunidades para que usted cambie, siempre y cuando otra CCO esté abierta para la inscripción:

- ▶ Si usted o un miembro de la familia no desean la CCO que les fue asignada, pueden cambiar durante los primeros 90 días después de su inscripción.
- ▶ Si es nuevo en el OHP, puede cambiar de CCO durante los primeros 90 días después de su inscripción.
- ▶ Si usted se muda a un lugar en que su CCO no preste servicio, puede cambiar de CCO tan pronto como le informe al Servicio al Cliente del PHP de su mudanza.
- ▶ Puede cambiar de CCO cada vez que encontremos que usted cumple con los requisitos para el OHP. Esto se conoce como *recertificación* y por lo general ocurre aproximadamente al mismo tiempo, una vez cada año.
- ▶ Si usted también tiene Medicare, puede cambiar o dejar su CCO en cualquier momento.
- ▶ Si usted tiene una razón importante que sea aprobada por DMAP.
- ▶ Una vez durante cada periodo de inscripción.

Cancelación de la inscripción

Cuando usted tenga un problema para conseguir la atención adecuada, deje que su CCO/plan trate de ayudarle antes de cambiar de CCO o plan. Simplemente llame al servicio al cliente de su CCO o plan y solicite hablar con un Coordinador de Atención. Si todavía desea irse o cambiar de CCO/plan, llame a Servicio al Cliente del OHP al 1-800-699-9075, TTY 711. Su CCO o plan podrán solicitar a DMAP que lo destituyan si usted:

- ▶ Es abusivo con el personal de la CCO/plan o con sus proveedores
- ▶ Comete fraude, como dejar que otra persona use sus beneficios de atención de la salud.

Si desea recibir los servicios como cliente de pago por servicio

El OHP desea que reciba atención médica administrada de una CCO. Las CCO pueden ofrecer algunos servicios que el OHP no puede. Pero usted puede cambiar al OHP de pago por servicio en cualquier momento si:

- ▶ Usted es indio americano o nativo de Alaska
- ▶ Usted tiene Medicare también, además del OHP
- ▶ Usted tiene una razón importante que sea aprobada por DMAP.

Cuándo llamar a su CCO o plan

Si usted está en una CCO o un plan de atención administrada, llámelos:

- ▶ Para cambiar de PCP;

- ▶ Para preguntar cuáles proveedores están aceptando nuevos pacientes;
- ▶ Si usted tiene un problema con los servicios de su CCO/plan;
- ▶ Si usted adquiere o pierde otro seguro de salud;
- ▶ Si necesita atención de urgencia;
- ▶ Si recibe atención de emergencia;
- ▶ Para preguntar qué servicios están cubiertos y no cubiertos;
- ▶ Para saber qué hospital, farmacia o proveedor de la vista usar;
- ▶ Para obtener ayuda especial para una discapacidad.

Solicitar una copia de sus expedientes

Su PCP tiene la mayoría de sus expedientes, por lo tanto usted puede solicitar una copia. Es posible que se le cobre una cuota razonable por las copias. Usted puede pedirle a su CCO/Plan una copia de los expedientes que tiene. Es posible que se le cobre una cuota razonable por las copias.

Usted puede obtener una copia de sus expedientes de salud mental, a menos que su proveedor piense que esto podría causar problemas graves.

Sus expedientes son privados

Sus expedientes únicamente se comparten con personas que necesitan verlos por razones de tratamiento y pagos. Usted puede limitar quién puede ver sus expedientes. Si hay alguien que usted no desea que vea sus expedientes, informe por escrito a su CCO/plan. También puede pedir una lista de todos aquellos que hayan visto sus expedientes.

Información de facturación

Los clientes del OHP no pagan las facturas por los servicios cubiertos. Su proveedor de atención médica le puede enviar una factura únicamente si **todo** lo siguiente es cierto:

1. El servicio es algo que su OHP, CCO o plan no cubre, y;
2. *Antes* de recibir el servicio, usted firmó un formulario de *acuerdo de pago* (también denominado exención), y;
3. El formulario mostró el costo estimado del servicio, y;
4. El formulario dijo que el OHP no cubre el servicio, y;
5. El formulario dijo que usted está de acuerdo en pagar la factura.

Estas protecciones normalmente se aplican únicamente si el proveedor de atención médica sabía o debería haber sabido que tenía OHP. Además, únicamente se aplican a los proveedores que participan en el programa del OHP (la mayoría de los proveedores lo hacen).

No se le pagará a su proveedor si no se factura a DMAP o a su CCO/plan de manera correcta. Eso no significa que usted tiene que pagar. Si usted ya recibió el servicio y DMAP o su CCO/Plan no paga a su proveedor médico, su proveedor no puede cobrarle a usted. Usted puede recibir un aviso para informar que no se pagará el servicio. Esa notificación no significa que usted tiene que pagar. Además, usted no debería tener que ayudar a la oficina de su proveedor a corregir problemas de facturación si llegaron a ocurrir. Si su proveedor le pide que le ayude a que le paguen, póngase en contacto con Servicios al Cliente del OHP.

Si le informan que el servicio no está cubierto por el OHP, usted todavía tiene derecho a impugnar la decisión mediante la presentación de un recurso de apelación y/o solicitar una audiencia.

Si usted recibe una factura

Incluso si usted no tiene que pagar, **no ignore las facturas de atención médica.** Tan pronto como usted reciba una factura por un servicio que recibió mientras estaba en el OHP, usted debe:

1. Llamar al proveedor, informarle que usted estaba en el OHP y pedirle que facture a su CCO.
2. Llamar de inmediato a Servicios al Cliente del OHP o, si usted está en atención administrada, al servicio al cliente de su CCO o plan e informar que un proveedor le está facturando un servicio del OHP. Ellos le ayudarán a aclarar la factura. No espere hasta que reciba más facturas.
3. Usted puede apelar al enviar una carta a su proveedor, DMAP y su CCO o plan donde diga que no está de acuerdo con la factura debido a que se encontraba en el OHP en el momento del servicio. Guarde una copia de la carta para sus registros.
4. Dar seguimiento para asegurarse de que la factura está pagada.

5. Si recibe documentos de la corte, llame de inmediato a DMAP, a la CCO o al plan. Usted también puede llamar a un abogado o a la Línea Directa de Beneficios Públicos al 1-800-520-5292 para obtener asesoramiento legal y ayuda. Hay leyes de consumo que pueden ayudarle si se le factura indebidamente mientras se encuentra en el OHP.

Si su CCO o plan no resuelve el problema de facturación, llame a Servicios al Cliente del OHP para obtener ayuda.

Si usted paga una factura de atención de salud, DMAP, su CCO o su plan no le reembolsarán el pago.

Muchos proveedores envían facturas pendientes de pago a las agencias de cobranza e incluso demandan en la corte para recibir el pago. Es mucho más difícil solucionar el problema una vez que sucede. Asegúrese de actuar tan pronto como reciba una factura de su proveedor o una notificación por parte de una agencia de cobranza.

Si usted estuvo en el hospital y recibe facturas de otros proveedores

Cuando va al hospital o a la sala de emergencias, usted puede ser tratado por un proveedor que no trabaja para el hospital. Por ejemplo, los médicos de la sala de emergencias pueden tener su propia práctica y prestar servicios en la sala de emergencias. Le pueden enviar una factura por separado. Si se le practica una cirugía en un hospital, habrá una factura independiente para el hospital, el cirujano y tal vez incluso el laboratorio, el radiólogo y el anesthesiólogo. Solo porque el OHP pagó al hospital, es no significa que el OHP pagó a los otros proveedores. No ignore las facturas de las personas que lo trataron en el hospital. Si usted recibe otras facturas, llame a cada proveedor y pídale que facture a DMAP, a la CCO o el plan. Usted debe seguir los pasos 1 al 5 de la página anterior para cada factura que reciba.

Pagar por los servicios médicos en el OHP

- ▶ Es posible que tenga que pagar por los servicios que están cubiertos por el OHP si usted consulta a un proveedor que no acepte el OHP o no forme parte de nuestra red de proveedores. Antes de que usted reciba atención médica o vaya a una farmacia, asegúrese de que pertenecen a nuestra red.
- ▶ Usted tendrá que pagar por los servicios si no fue elegible para el OHP cuando usted recibió el servicio.
- ▶ Usted tendrá que pagar por los servicios no cubiertos por el OHP si usted firma un formulario detallado de pago para ese servicio específico antes de recibirlo.
- ▶ Incluso si su servicio está cubierto por el OHP, es posible que tenga que pagar un copago. No se le pueden negar servicios si no puede hacer su copago, pero aún deberá dinero a su proveedor.

Copagos

Los copagos son su responsabilidad. Los proveedores le pueden cobrar por los copagos sin pagar.

Más información

Encuentre más información acerca de la facturación, el pago de servicios y las apelaciones y audiencias en la sección de Clientes del sitio web del OHP en: www.oregon.gov/oha/healthplan/Pages/index.aspx

También puede solicitar una copia de la Guía práctica de facturación del cliente (Client Billing Toolkit) a Servicios al Cliente del OHP.

Reclamos, apelaciones y derechos de audiencia

Cómo presentar una queja o reclamo

Si no está satisfecho con su CCO o plan, con los servicios de atención médica o con su proveedor, puede quejarse o presentar un reclamo. Ellos tratarán de mejorar las cosas. Únicamente tiene que llamar a su servicio al cliente o enviarles una carta. Ellos le devolverán la llamada o le escribirán en una semana para hacerle saber que están trabajando en ello.

Su CCO o plan le enviarán una carta en 30 días para explicar la manera en que atenderán su queja. No informarán a nadie acerca de su queja, a menos que usted se los pida.

Aviso de acción

Si DMAP, su CCO o plan niega, detiene o reduce un servicio médico que su proveedor ordenó, le enviarán por correo una carta de **Aviso de acción** que explica por qué tomaron esa decisión. La carta explicará cómo apelar (a través de su CCO o plan) o solicitar una audiencia (a través de DMAP) para solicitar que la decisión se cambie. Usted tiene derecho a pedirnos que la cambiemos mediante una apelación, una audiencia de reclamación disputada, o ambas, al mismo tiempo. Usted debe solicitarlo a más tardar 45 días a partir de la fecha de la carta de **Aviso de acción**.

Cómo apelar una decisión

En una apelación, un profesional de la salud diferente a la CCO o el plan revisará su caso. Solicite una apelación al:

- ▶ Llamar al servicio al cliente de su CCO o plan, o
- ▶ Escribir una carta.

Si desea ayuda con esto, llame a su CCO o plan; ellos pueden llenar un formulario de apelación para que usted lo firme. Usted recibirá un **Aviso de resolución de la apelación** en un plazo de 16 días para informarle si el revisor está de acuerdo o no con la decisión de su CCO o plan.

Usted puede seguir recibiendo un servicio que ya comenzó antes de la decisión de detenerlo. Usted debe pedir a su CCO o plan que siga con el servicio dentro de los 10 días de haber recibido la carta de **Aviso de acción** que lo detuvo o en la fecha de vigencia indicada en el aviso de acción, cualquier fecha que sea posterior. Si sigue con el servicio y el revisor está de acuerdo con la decisión original, es posible que tenga que pagar el costo de los servicios que usted recibió después de la fecha de vigencia en la carta de **Aviso de acción**.

Si usted necesita una apelación rápida

Si usted y su proveedor consideran que usted presenta un problema médico urgente que no puede esperar para una apelación normal, informe a su CCO o plan que necesita una apelación rápida (acelerada). Incluya una declaración de su proveedor o píale que llame y explique por qué es urgente. Si el CCO o plan coinciden en que es urgente ellos le llamarán con una decisión en tres días laborales.

Apelaciones del proveedor

Su proveedor tiene el derecho de apelar por usted cuando una CCO o un plan niegan las órdenes de su médico.

Cómo conseguir una audiencia administrativa

Usted puede tener una audiencia de reclamación disputada con un juez administrativo de Oregon. Usted tendrá 45 días a partir de la fecha en su **Aviso de acción** o **Aviso de resolución de la apelación** para solicitar al estado una audiencia.

Usted puede solicitar una audiencia al llenar el Formulario de Solicitud de Audiencia Administrativa (MSC 443). Usted puede obtener un formulario MSC 443 y ayuda para llenarlo en cualquier oficina de DHS o si llama a Servicio al Cliente del OHP al 1-800-699-9075, (TTY 711).

Si usted está en una CCO o plan de atención administrada, su carta de **Aviso de acción** tendrá un formulario de solicitud de audiencia que puede enviar. Usted también puede pedirle a su CCO o plan de atención administrada que le envíe un formulario de solicitud de audiencia o puede llamar a Servicios al Cliente del OHP para pedir un formulario de solicitud de audiencia.

Si usted está inscrito en una CCO o un plan de atención administrada, puede solicitar una apelación a través de ellos y una audiencia al mismo tiempo.

En la audiencia usted puede informarle al juez por qué no está de acuerdo con nuestra decisión y por qué los servicios deben ser cubiertos. Usted no necesita un abogado, pero alguien más lo puede acompañar, como su médico. Si contrata a un abogado, usted debe pagar los honorarios de este. Usted puede pedir a la Línea Directa de Beneficios Públicos (un programa de Servicios de Asistencia Jurídica de Oregon y del Centro de Leyes de Oregon) al 1-800-520-5292, TTY 711, asesoramiento y posible representación. Información sobre la asistencia jurídica gratuita también se puede encontrar en www.oregonlawhelp.org.

Una audiencia tarda a menudo más de 30 días para prepararse. Mientras espera por su audiencia, usted puede seguir recibiendo un servicio que ya había comenzado antes de nuestra decisión original de detenerlo. Usted debe pedir que el servicio continúe dentro de los 10 días de haber recibido el **Aviso de acción** que lo detuvo o 10 días a partir de la fecha de vigencia indicada en el Aviso de acción, cualquier fecha que sea posterior. Si sigue con el servicio y el juez está de acuerdo con la decisión original, es posible que tenga que pagar el costo de los servicios que usted recibió después de la fecha de vigencia en el **Aviso de acción** original.

Audiencias rápidas (aceleradas)

Si usted y su proveedor consideran que usted presenta un problema médico urgente que no puede esperar un proceso de audiencia normal, informe que necesita una audiencia rápida (acelerada) y envíe por fax el formulario de solicitud de audiencia a la Unidad de Audiencias del OHP. Incluya una declaración de su proveedor donde explique por qué es

urgente. Usted debe obtener una decisión en tres días laborales. El número de fax de la Unidad de Audiencias es el 503-945-6035.

Decisiones sobre la terminación de la vida e instrucciones anticipadas (testamento en vida)

Los adultos mayores de 18 años pueden tomar decisiones sobre su propio cuidado, incluido el rechazo del tratamiento. Es posible que algún día usted pueda enfermarse o lesionarse tanto que no puede decir a sus proveedores si desea un determinado tratamiento o no. Si usted redactó sus instrucciones anticipadas, que también se denominan testamento en vida, sus proveedores pueden seguir sus instrucciones. Si no cuenta con instrucciones anticipadas, sus proveedores pueden preguntar a su familia qué deben hacer. Si su familia no puede decidir o no lo hace, sus proveedores tomarán las medidas habituales para tratar su condición.

Si usted no desea ciertos tipos de tratamiento, como una máquina de respiración o tubo de alimentación que lo mantengan con vida, puede escribir eso en las instrucciones anticipadas. Eso le permite decidir sobre su atención antes de recibirla, en caso de que usted no pueda dirigirlo, si se encontrara por ejemplo en estado de coma. Si está despierto y alerta, sus proveedores de siempre escucharán lo que usted desea.

Usted puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas gratuito en la mayoría de los hospitales y con muchos proveedores. También puede encontrar uno en línea en www.oregon.gov/dcbs/shiba/docs/advance_directive_form.pdf. Si redacta las instrucciones anticipadas, asegúrese de hablar con sus proveedores y su familia al respecto y proporcionarles copias. Únicamente pueden seguir sus instrucciones si las tienen. Algunos proveedores y hospitales no siguen las instrucciones anticipadas por razones religiosas o morales. Usted debe preguntar acerca de esto.

Las instrucciones anticipadas también le permiten nombrar a una persona para que dirija su atención de la salud cuando usted no pueda hacerlo. A esta persona se le denomina su representante de atención de la salud. Su representante de atención de la salud no tiene que ser un abogado o profesional de la salud. Debe ser alguien con quien haya hablado en detalle de sus deseos. Su representante de atención de la salud debe aceptar por escrito representarlo.



Si cambia de opinión, puede cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento. Para cancelar sus instrucciones anticipadas, pida las copias y rómpalas, o escriba CANCELADO (“CANCELED”) en letras grandes, firme y ponga la fecha en ellas. Si tiene preguntas o desea obtener más información, póngase en contacto con Decisiones de Salud de Oregon al 1-800-422-4805 o 503-241-0744, TTY 711.

Nota: por razones religiosas algunas CCO no permiten que sus proveedores sigan las instrucciones anticipadas.

Declaración para el tratamiento de salud mental

Oregon tiene un formulario para declarar sus deseos en cuanto a la atención de la salud mental si usted tiene una crisis de salud mental, o si por alguna razón usted no puede tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental. El formulario se llama la Declaración para el tratamiento de salud mental. Puede llenarlo mientras pueda comprender y tomar decisiones sobre su atención. La Declaración para el tratamiento de salud mental indica qué tipo de atención desea si alguna vez necesita ese tipo de atención pero no puede dar a conocer sus deseos. Únicamente una corte y dos médicos pueden decidir si usted no es capaz de tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental.

Este formulario le permite tomar decisiones sobre los tipos de atención que usted desea y no desea. Se puede utilizar para nombrar a un adulto para que tome decisiones sobre su atención. La persona que designe debe estar de acuerdo en hablar por usted y cumplir con sus deseos. Si sus deseos se desconocen, esta persona informará lo que usted desearía.

Un formulario de declaración es válido únicamente durante tres años. Si usted no pudiera tomar decisiones durante el plazo de esos tres años, su declaración se mantendrá vigente hasta que pueda tomar decisiones de nuevo. Usted puede cambiar o cancelar su declaración cuando pueda comprender y tomar decisiones sobre su atención. Usted debe entregar su formulario a su proveedor de atención primaria y la persona que usted nombre para tomar decisiones por usted.

Para obtener más información acerca de la **Declaración para el tratamiento de salud mental** visite el sitio web del estado que se encuentra en www.oregon.gov/oha/amh/forms/declaration.pdf.

Profesionales de la salud

La siguiente es una lista de los tipos de profesionales de la salud identificados con licencia en Oregon.

No todas las CCO ni los planes de atención administrada cubren el costo de los servicios de todos los profesionales de las artes curativas.

Es posible que necesite una derivación de su médico de atención primaria (PCP) para consultar a un profesional de las artes curativas. Si usted no tiene una derivación, es posible que tenga que pagar la factura. No se necesita derivación para el tratamiento cubierto para la dependencia química (alcohol y drogas), la planificación familiar o los servicios relacionados.



- | | |
|---------------------------------------|---|
| Acupunturistas | Asistentes de terapia ocupacional |
| Audiólogos | Optometristas |
| Médicos quiroprácticos | Médicos osteópatas |
| Trabajadores sociales clínicos | Asistentes de terapia física |
| Consejeros profesionales | Médicos, M.D. |
| Higienistas dentales | Asistentes médicos |
| Especialistas dentales | Podólogos |
| Dentistas generales | Farmacéuticos |
| Mecánicos dentales | Fisioterapeutas |
| Dietistas | Trabajadores sociales psiquiátricos* |
| Distribuidores de audífonos | Psicólogos |
| Terapeutas matrimoniales y familiares | Psicólogos asociados |
| Técnicos masajistas | Tecnólogos radiológicos (licencia completa) |
| Parteras autorizadas (LDEM) | Tecnólogos radiológicos (permiso limitado) |
| Médicos naturópatas | Terapeutas respiratorios |
| Enfermeras con licencia | Consejeros escolares |
| Enfermeras practicantes | Psicólogos escolares |
| Enfermeras registradas | Patólogos del habla |
| Terapeutas ocupacionales | |

* No todos los trabajadores sociales psiquiátricos tienen licencia.

Números de teléfono útiles –

Clientes de pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés):

llame a Servicios al Cliente del OHP al 1-800-273-0557 (TTY 711)

Clientes de CCO/Plan: llame al número de teléfono que aparece en su identificación de CCO/Plan

Página 44

A quién llamar para pedir ayuda y otros recursos

Si usted tiene preguntas o problemas relacionados con su cobertura de atención de la salud o proveedor, hay maneras de resolverlos.

Las páginas siguientes muestran diferentes oficinas que pueden responder a sus preguntas. Lea con atención de qué manera cada oficina puede ayudarle.

Estas líneas telefónicas están muy ocupadas, posiblemente tenga que marcar varias veces hasta conseguir que lo atiendan.



Cuándo llamar:

Si usted:

- ▶ Se embaraza o su embarazo termina
- ▶ Tiene un bebé
- ▶ Se muda
- ▶ Tiene preguntas sobre su elegibilidad
- ▶ Adquiere o pierde otro seguro de salud
- ▶ Desea cambiar de CCO/plan
- ▶ Desea solicitar una audiencia
- ▶ No recibió su identificación para Atención Médica de Oregon y carta de cobertura, o están incorrectas
- ▶ Personas de su familia vienen a vivir a su casa o dejan de vivir en su casa
- ▶ Necesita este manual en otro idioma, letra grande, Braille, cinta de audio, disco de computadora o presentación oral
- ▶ Es elegible para el seguro de salud a través de un empleador
- ▶ Queda discapacitado o se determina que es elegible para SSI
- ▶ No tiene transporte para ir o volver de una cita de atención de su salud

A quién llamar:

- ▶ Los beneficiarios de Medicare que reciben beneficios de la Agencia del Área para Adultos Mayores o el Envejecimiento y las Personas con Discapacidad: llamen a su oficina local.
- ▶ Los padres de crianza: llamen a su oficina local de Bienestar Infantil.
- ▶ El resto de los clientes: llamen al Servicio al Cliente del OHP al 1-800-699-9075
- ▶ Servicios de TTY: 711.

Su número de contacto también se indica en su carta de cobertura. Si no está seguro a quién llamar, puede llamar a Servicio al Cliente del OHP para obtener ayuda.

Servicios al Cliente del OHP

500 Summer St NE, E44
Salem, Oregon 97301

1-800-273-0557

TTY 711

FAX 503-373-7866

Al igual que cualquier compañía de seguros, el Plan de Salud de Oregon cuenta con un grupo de representantes de servicio al cliente para ayudarle a entender y usar su cobertura. Llame a la CSU si necesita un asesor personal para:

- ▶ Proporcionarle información general sobre su cobertura médica y dental.
- ▶ Orientarlo sobre cómo resolver los problemas que implican el acceso o la calidad de la atención.
- ▶ Ayudarle a resolver lo que considera que es una negación inadecuada de los beneficios cubiertos.
- ▶ Explicar el sistema de atención administrada del OHP y ayudarle a navegar en ese sistema.
- ▶ Investigar y resolver las facturas médicas de sus proveedores de atención de la salud.
- ▶ Enviarle otro manual del cliente u otros materiales escritos que usted necesita.
- ▶ Tomar su solicitud para cambiar de una farmacia asignada.
- ▶ Aconsejarle sobre los copagos del OHP.

Nota: los asesores de la CSU no pueden enviarle una lista de los proveedores de atención de la salud o remitirlo a ningún médico específico.

Defensor del pueblo de la OHA

500 Summer St NE,
Salem, Oregon 97301

1-877-642-0450

TTY 711

FAX 503-947-2341

Para obtener ayuda con problemas que no se han podido resolver por otros medios.

División de Manutención Infantil

Visite www.oregonchildsupport.gov
para encontrar su oficina local de Manutención Infantil

1-800-850-0228

TTY 1-800-735-2900

La División de Manutención Infantil (Division of Child Support o DCS) establecerá y hará cumplir las órdenes de manutención infantil u órdenes de manutención médica para las familias que reciben asistencia pública. Estos pagos de manutención:

- ▶ Ayudan a los niños necesitados
- ▶ Fomentan la autosuficiencia familiar
- ▶ Devuelven dinero al tesoro del estado
- ▶ Reducen los gastos del estado para proveer asistencia pública

Cesión de derechos

Cuando solicitó los servicios del OHP, usted dio permiso al estado de establecer paternidad y tratar de conseguir la cobertura de atención de la salud del padre o madre que no viven en su hogar. Actualmente el estado está pagando por la atención médica de

su hijo, por lo que el departamento se quedará con el dinero que recaude para la atención de la salud del padre o madre ausente(s) u otras compañías de seguros.

Derechos de retención por lesiones personales o accidentes

Si usted, como cliente de Medicaid, tiene un accidente o lesión, es necesario que nos informe. Otra persona podría ser responsable de pagar por los gastos médicos resultantes. Cuando solicitó el OHP, usted estuvo de acuerdo en permitirnos retener cualquier pago médico que reciba o tiene derecho a recibir, de un seguro médico privado o de otras fuentes para devolvernos la ayuda que pagamos por el accidente o la lesión. Esto se aplica a partir de la fecha de su lesión a la fecha de la liquidación.

Si usted no nos notifica de su accidente, el departamento, o su CCO o plan de atención administrada, puede emprender acciones legales (solicitar un embargo) en su contra para cobrar el costo de los servicios médicos que recibió como resultado.

Unidad de Derechos de Retención por Lesiones Personales

P O Box 14512
 Salem, OR 97309
 Llame gratis al 1-800-377-3841
 503-378-4514 (Salem)

Violencia doméstica

Esta es una lista de algunas de las señales de advertencia de una relación abusiva. Usted puede estar en una relación abusiva si su pareja o cónyuge actual o anterior:

- ▶ La humilla
- ▶ No le permite conseguir o mantener un trabajo
- ▶ Hace amenazas contra usted o sus hijos
- ▶ Le hace temer por su seguridad
- ▶ Le impide ver a sus amigos o familiares
- ▶ La empuja, la agarra, le da bofetadas, la pega, pellizca, estrangula, le da puntapiés o la ahoga
- ▶ Trata de hacerle daño en cualquier otra forma



Llame a uno de estos números de teléfono donde recibirá ayuda confidencial para crear un plan de seguridad y donde obtendrá apoyo e información:

Línea de Crisis para Mujeres de Portland
 1-888-235-5333
 503-235-5333 (Portland)
 503-419-4357 (TTY)

Violencia Doméstica Nacional
 1-800-799-SAFE (7233)
 1-800-787-3224 (TTY)
 (Atiende tanto hombres como mujeres)

Aviso sobre las prácticas de privacidad

La ley denominada Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA) protege sus expedientes médicos y los mantiene privados. Esto también se conoce como *confidencialidad*. Un documento

llamado *Notificación de Políticas de Privacidad* explica en detalle los derechos de los miembros con respecto a su información personal y cómo se utiliza su información personal. Para obtener una copia, llame a Servicios al Cliente del OHP y pida una *Notificación de Políticas de Privacidad*. También se puede encontrar en línea en <https://apps.state.or.us/Forms/Served/me2090.pdf>.

Recuperación del patrimonio sucesorio

El Programa de Recuperación del Patrimonio Sucesorio fue diseñado para los clientes que reciben servicios de atención a largo plazo. Bajo este programa, cuando fallece un cliente de Medicaid, en ciertas circunstancias limitadas, la OHA recuperará del patrimonio del cliente parte o la totalidad del dinero invertido en sus servicios de atención a largo plazo, apoyo y beneficios médicos. Los clientes que necesitan atención a largo plazo deben someterse a una evaluación de las necesidades y los recursos. El dinero recuperado por el Programa de Recuperación del Patrimonio Sucesorio regresa a los programas de la OHA/DHS para ayudar a otras personas.

Cómo funciona el programa

Lo siguiente se aplica a los clientes que estaban recibiendo beneficios de Medicaid/OHP a partir del 1 de octubre de 2013.

Si el cliente:	La recuperación del patrimonio sucesorio buscará recuperar
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Era menor de 55 años, y ▶ Estuvo un centro de enfermería o centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual o del desarrollo durante al menos seis meses inmediatamente anteriores al fallecimiento. 	<p>Únicamente los beneficios pagados al centro donde vivía el cliente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Era mayor de 55 años, y ▶ Recibió Medicaid para pagar parte o la totalidad del costo de la atención a largo plazo, como se muestra a continuación: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Centro de vivienda asistida ✓ Centro de atención residencial ✓ Hogar de acogida para adultos ✓ Atención en el hogar ✓ Centro de enfermería ✓ Centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual o del desarrollo ✓ Otros centros de atención a largo plazo similares 	<p>Todos los beneficios de atención de la salud, incluido el OHP y el costo de la atención a largo plazo que se pagaron durante el tiempo que el cliente recibió beneficios para pagar parte o la totalidad del costo de la atención a largo plazo. Los beneficios del OHP pueden incluir servicios recibidos como pago por servicio o cuotas mensuales pagadas a una organización de atención coordinada.</p>

Para la atención recibida antes del 1 de octubre de 2013

Póngase en contacto con la Unidad de Administración del Patrimonio Sucesorio de DHS para obtener información sobre la recuperación del patrimonio sucesorio para la atención a largo plazo prevista antes del 1 de octubre de 2013.

Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

El gobierno federal cobra a la OHA un pago mensual por la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los clientes que reciben tanto el OHP como Medicare. La OHA puede recuperar esta cantidad del patrimonio sucesorio de estos clientes. Los pagos hechos al gobierno federal a partir del 1 de enero de 2014, únicamente serán recuperables si el cliente tenía 55 años o más cuando se hicieron los pagos.

Los hijos y cónyuges supérstites

La OHA no hace una reclamación sobre el patrimonio sucesorio hasta que el cónyuge supérstite¹ fallece. Cuando el cónyuge fallece la reclamación podrá someterse al patrimonio sucesorio del cónyuge. La autoridad no obtendrá una recuperación del patrimonio sucesorio si al cliente le sobreviven un hijo menor de edad o un hijo de cualquier edad que sea ciego o tenga una discapacidad permanente y total. La discapacidad debe cumplir con los criterios de la Administración de la Seguridad Social de incapacidad permanente y total. El hijo tiene que ser un hijo natural o legalmente adoptado del beneficiario de Medicaid.

Todas las personas que reciban activos del patrimonio sucesorio del cliente pueden pedir a la OHA renunciar a la recuperación del patrimonio sucesorio si cumplen los requisitos de una exención por dificultades.

Unidad de Administración del Patrimonio Sucesorio de DHS

P O Box 14021
 Salem, OR 97301
 1-800-826-5675 (gratis dentro de Oregon)
 503-378-2884
 Fax: 503-378-3137 (Salem)

¹ Para obtener información acerca de cómo las parejas de hecho del mismo sexo o los matrimonios entre personas del mismo sexo pueden verse afectadas por la recuperación del patrimonio sucesorio, llame a la Unidad de Administración del Patrimonio Sucesorio.

Mi lista telefónica del OHP

Inscripción a la atención administrada

Nombre de la CCO _____ Teléfono _____

Plan dental _____ Teléfono _____

Plan de salud mental _____ Teléfono _____

Mis proveedores de atención de la salud

Nombre del PCP _____ Teléfono _____

Nombre del dentista _____ Teléfono _____

Proveedor de salud mental _____ Teléfono _____

