



PLAN DE SALUD DE OREGON (OHP)

MANUAL

Enero de 2023

A QUIÉN LLAMAR PARA SOLICITAR AYUDA

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su atención médica, puede llamar para que lo ayuden.

Miembros de la Organización de Atención Coordinada (Coordinated Care Organization, CCO)

Si necesita ayuda, llame a su CCO. El número se encuentra en su carta de cobertura del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP) y en su tarjeta de identificación de la CCO. En la página 53, encontrará la lista de todos los números de teléfono de su CCO. Su CCO lo ayudará a:

- ▶ Buscar un médico, un dentista u otro proveedor de atención médica;
- ▶ Obtener la atención adecuada;
- ▶ Resolver un problema;
- ▶ Revisar una decisión que la CCO ha tomado para rechazar o finalizar un servicio de atención médica que usted solicitó;
- ▶ Comprender su cobertura médica, dental y de salud conductual;
- ▶ Ocuparse de las facturas de los proveedores de atención médica;
- ▶ Presentar una queja sobre un servicio o la manera en que lo trataron en una cita de atención médica.

Departamento de Servicio al Cliente del Plan de Salud de Oregon (OHP)

Todos los miembros del OHP deben usar el Departamento de Servicio al Cliente del OHP para:

- ▶ Solicitarle a la Autoridad de Salud de Oregon (Oregon Health Authority, OHA) que revise una decisión que esta o la CCO ha tomado para rechazar o finalizar un servicio de atención médica que usted solicitó.

Los miembros de la CCO deben usar el Departamento de Servicio al Cliente del OHP para:

- ▶ Presentar una queja sobre su CCO.
- ▶ Solicitar cambiar su CCO o abandonarla.

Si no pertenece a una CCO, llame al Departamento de Servicio al Cliente del OHP para que lo ayuden. El Departamento de Servicio al Cliente del OHP lo ayudará a:

- ▶ Comprender la cobertura médica y dental;
- ▶ Resolver un problema o una queja;
- ▶ Comprender la atención coordinada;
- ▶ Ocuparse de las facturas de los proveedores de atención médica;

- ▶ Obtener los materiales que usted necesita, tales como este Manual;
- ▶ Cambiar una farmacia asignada.

Llame al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711).

Servicio al Cliente de Oregon Eligibility (ONE)

Todos los miembros del OHP deben usar el Centro de Servicio al Cliente de ONE para:

- ▶ Cambiar la dirección, el número de teléfono, el estado familiar u otra información;
- ▶ Reemplazar una tarjeta de identificación médica de Oregon que se ha extraviado;
- ▶ Consultar si aún tienen cobertura del OHP;
- ▶ Obtener ayuda para solicitar o renovar beneficios;
- ▶ Obtener ayuda local de un socio comunitario (o visitar www.OregonHealthCare.gov).

Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de ONE por

- ▶ **Teléfono** (la mejor manera de contactarnos) al: 800-699-9075 número gratuito (TTY 711)

Coordinación de atención para los miembros de pago por servicio

Si usted es nativo de América del Norte o de Alaska

Llame al programa de Coordinación de la Atención de Población Tribal de CareOregon al 844-847-9320 (TTY 711).

[Más información sobre este servicio.](#)

Los demás miembros de pago por servicio

deben llamar a la línea de consejos de enfermería disponible las 24 horas al 800-562-4620 (TTY 711) para:

- ▶ Solicitar hablar con un asesor médico;
- ▶ Hablar con un profesional de enfermería en cualquier momento sobre su salud y a dónde asistir para recibir atención;
- ▶ Buscar a un médico u a otro proveedor de atención médica (solo de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.).

Página II ¿Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (Fee-for-service, FFS): llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

English

You can get this letter in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can ask for a certified and qualified health care interpreter. This help is free. Call 800-273-0557 or TTY 711. We accept relay calls.

Russian / Русский

Это письмо можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочтительном для вас формате. Вы можете запросить услуги сертифицированного и квалифицированного медицинского переводчика. Они предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 800-273-0557 или телетайпу 711. Мы принимаем звонки диспетчерской службы для лиц с нарушениями слуха.

Simplified Chinese / 简体中文

您可获取该信函的其他语言版本，还可选择大字体、盲文或其他您偏好的格式。您可寻求一名通过认证且拥有资质的医疗口译员的协助。该协助为免费服务。致电 800-273-0557 或 TTY 711。我们接受所有转接来电。

Spanish / Español

Puede obtener esta carta en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. Usted puede solicitar un intérprete médico certificado y calificado. Este servicio es gratuito. Llame al 800-273-0557 o TTY 711. Aceptamos llamadas de retransmisión.

Vietnamese / Tiếng Việt

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng các ngôn ngữ khác, bản in lớn, chữ nổi hoặc một định dạng quý vị muốn. Quý vị có thể yêu cầu một thông dịch viên chăm sóc sức khỏe có đủ năng lực và được chứng nhận. Sự trợ giúp này là miễn phí. Gọi 800-273-0557 hoặc TTY 711. Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.

Traditional Chinese / 繁體中文

您可獲取該信函的其他語言、大字體、盲文或您優選格式的版本。您可尋求一名通過認證且擁有資質的醫療口譯員的協助。該協助為免費服務。致電 800-273-0557 或 TTY 711。我們接受所有轉接來電。

Arabic / عربي

يمكنك الحصول على هذا الخطاب مترجمًا إلى لغات أخرى، أو مكتوبًا بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بالتنسيق الذي تفضله. يمكنك طلب مترجم رعاية صحية مؤهل ومعتمد. هذه المساعدة مجانية. يمكنك الاتصال على الرقم 800-273-0557 أو الهاتف النصي 711. نقبل المكالمات المُرحلة.

Somali / Somali

Waxaad warqadan ku helaysaa luuqado kale, far waawayn, farta indhoolka ama qaab aad adiggu dooranayso. Waxa aad dalban kartaa turjubaan leh aqoon iyo shahaado daryeelka caafimaad. Kaalmadani waa bilaash. Wac 800-273-0557 ama TTY 711. Waxa aad aqbali kartaa adeega gudbinta taleefanka.

Korean / 한국어

이 편지는 다른 언어, 대형 인쇄물, 점자 또는 원하는 형식으로 받을 수 있습니다. 공인된 자격을 갖춘 의료 통역사를 요청할 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공받으실 수 있습니다. 800-273-0557 혹은 TTY 711으로 연락 주십시오. 중계 전화도 받습니다.

Burmese / မြန်မာ

ဤစာကို အခြားဘာသာစကားများ၊ စာလုံးပိုကြီးသည့်ပုံနှိပ်စာ၊ မျက်မမြင်စာ သို့မဟုတ် သင်လိုချင်သည့် ပုံစံဖြင့် ရယူနိုင်ပါသည်။ အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ်ရ အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု စကားပြန်တစ်ဦးကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ဤအကူအညီသည် အခမဲ့ဖြစ်ပါသည်။ 800-273-0557 သို့မဟုတ် TTY 711 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ ထပ်ဆင့်ခေါ်ဆိုမှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံသည်။

Nepali / नेपाली

तपाईंले यो पत्र अन्य भाषाहरू, ठूलो प्रिन्ट, ब्रेल लिपि वा आफूले चाहेको ढाँचामा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले प्रमाणित र योग्य स्वास्थ्य सेवा दोभाषेका लागि सोध्न सक्नुहुन्छ। यो मद्दत निःशुल्क छ। 800-273-0557 वा TTY 711 मा फोन गर्नुहोस्। हामी रिले फोनहरू स्वीकार गर्दछौं।

Karen / ကရင်

နမူနာလံာ်ပရၢအံၤလၢ ကျိာ်အဂၤ, လံာ်လၢ တၢ်ကွဲးအီၤအဖျါာ်ဖးဒိာ်, ပုၤမဲာ်တထံာ်တၢ် အလံာ် မ့တမ့ၢ် အက့ၢ်အဂီၢ်တမံၤမံၤလၢ န ဘာ်သးအီၤန့ၢ်လီၤ. နယု ပုၤကတိၤကျိးထံ တၢ်လၢ အအိာ်ဒီးလံာ်အာ်သး ဒီးတၢ်အိာ် ဆူာ်အိာ်ချ့တၢ်ကွၢ်ထွဲ အပုၤကတိၤကျိးထံ တၢ်လၢ အကံၢ်စီထီာ်ဘးသ့န့ၢ်လီၤ. တၢ်မၤ စၢၤအံၤအကလီၤလီၤ. ကိး 800-273-0557 မ့ တမ့ၢ် TTY 711. ပတူၢ်လိာ် တၢ်ကိးဆုၢ်တၢ် ကတိၢ်လၢညါတတီၤသ့လီၤ.

Romanian / Română

Puteti obtine acest document in diferite limbi, tipărit într-un format mai mare, în format braille sau într-un format solicitat de dvs. Puteti solicita un interpret certificat și calificat în domeniul medical. Această asistență este gratuită telefonați la 800-273-0557 sau TTY 711. Preluăm toate apelurile redirectionate.

Hmong / Lus Hmoob

Koj tuaj yeem tau txais tsab ntawv no ua lwm hom lus, luam ntawv loj, Braille lossis hom ntawv koj nyiam. Koj tuaj yeem thov ib tus neeg txhais lus uas muaj ntawv pov thawj thiab tsim nyog rau kev pabcuam kev noj qab haus huv. Qhov kev pab no yog dawb xwb. Hu rau 800-273-0557 lossis TTY 711. Peb txais relay hu.

Cambodian / ខ្មែរ

អ្នកអាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសាផ្សេងទៀត អក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្លាប ឬទម្រង់ដែលអ្នកចង់បាន។ អ្នកអាចស្នើសុំអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ខាងថែទាំសុខភាពដែលមានការបញ្ជាក់ និងគុណវន្ត។ ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 800-273-0557 ឬ TTY 711។ យើងទទួលយកការហៅបញ្ជូនបន្ត។

Farsi / فارسی

می توانید این سند را به زبان های دیگر، حروف بزرگ، خط بریل و یا فرمت های دلخواه دیگر، دریافت کنید. شما می توانید درخواست کنید تا یک مترجم مسلط و دارای گواهینامه ترجمه (در حوزه سلامت و بهداشت عمومی) برای تان فراهم شود. این کمک رایگان است. با شماره 800-273-0557 یا TTY 711. ما تماس های باز ارسال شده را می پذیریم.

Mien / lu Mien

Meih corc haih zipv longc naaiv zeiv fienx gorngv benx da'nyeic fingz waac, aamx bieqc domh zeiv-daan, nzangc-pokc bun mbiutc hluc, a'fai benx da'nyeic nyungc sou-daan dugh meih eix duqv longc wuov. Meih corc haih tov heuc lorx maaih sou-gorn faan waac nyei mienh aengx caux haih faan waac mbiaangc gorngv goux zorc baengc jauv-louc faan waac bun muangx. Naaiv se benx wang-henh nzie weih bun. Korh waac lorx 800-273-0557 a'fai TTY 711. Yie mbuo laengz tengx bungz fangx-nangh buangh hmien douc waac lorx doic.

Lao / ພາສາລາວ

ທ່ານສາມາດຮັບເອົາໜັງສືສະບັບນີ້ເປັນພາສາອື່ນໆ, ຮູບແບບພິມໃຫຍ່, ພາສາເບຣອ ຫຼື ຮູບແບບທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍລ່າມແປພາສາສໍາລັບການດູແລສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຜ່ານການຢັ້ງຢືນ ແລະ ມີຄຸນສົມບັດ. ການຊ່ວຍເຫຼືອນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາ 800-273-0557 ຫຼື TTY 711. ພວກເຮົາຮັບການໂທແບບອີເລ.

CONTENIDO

A quién llamar para solicitar ayuda	II
Miembros de la Organización de Atención Coordinada (Coordinated Care Organization, CCO).....	II
Departamento de Servicio al Cliente del Plan de Salud de Oregon (OHP).....	II
Servicio al Cliente de Oregon Eligibility (ONE)	II
Coordinación de atención para los miembros de pago por servicio	II
Glosario	5
Derechos importantes	8
Usted tiene derecho a:.....	8
Política de no discriminación de la OHA.....	8
Acceso a diferentes lenguas o idiomas.....	9
Derechos de menores (menos de 18 años).....	10
Derechos de las personas con discapacidades.....	10
Miembros nativos de América del Norte y de Alaska	10
Su historia clínica	10
Servicios de EPSDT	10
Sus responsabilidades	11
Las cartas de cobertura informan sobre sus beneficios	12
Carta de ejemplo	13
Beneficios	14
Inscripción en la Organización de Atención Coordinada (CCO).....	14
Seguro privado	15
Identificación del Plan de Salud de Oregon.....	15
Informar todos los cambios	16
Cómo mantener la cobertura	16
Cómo seguir recibiendo cartas del ODHS y de la OHA	16
Cómo enviar un cambio de dirección.....	16
Cómo obtener cobertura del OHP para su recién nacido	16
Servicios cubiertos	17
Beneficios del Medicaid de Emergencia (CWM)	17
Beneficios del Beneficiario Cualificado de Medicare (QMB)	17
Beneficios del Plan de Salud de Oregon	17
Servicios limitados o no cubiertos	25
Autorización previa	25
Ejemplos de servicios no cubiertos	25
Servicios para niños o jóvenes menores de 21 años:.....	26
Qué hacer si desea recibir un servicio no cubierto.....	26

Cómo usar los beneficios	27
Cómo encontrar al proveedor adecuado	27
Citas de atención médica.....	28
Herramienta de planificación de visitas al médico	29
Solicitudes de autorización previa	31
Surtido de recetas	31
Atención de emergencia	32
Atención de urgencias	32
Servicios fuera de Oregon.....	33
Avisos de determinación	34
Información que los avisos de determinación deben incluir:	34
Si le rechazan los servicios, pero no recibe el aviso:.....	34
Estos avisos no quieren decir que usted deba pagar el servicio.	34
Derechos sobre quejas, apelaciones y audiencias	35
Cómo presentar una queja.....	35
Apelaciones y audiencias	35
Programa Ombuds de la OHA	36
Diagrama de apelaciones y audiencias	37
Si recibe una factura	38
Los miembros del OHP y de CWM no pagan los servicios cubiertos por Medicaid	38
Cartas que puede llegar a recibir	39
Qué hacer cuando recibe una factura.....	39
Cuándo debe pagar	40
Más información de facturación	40
El Plan de Salud de Oregon y Medicare	41
Cuando obtiene Medicare, sus beneficios del Plan de Salud de Oregon cambian o finalizan	41
Cambios para los miembros del Plan de Salud de Oregon con Medicare.....	41
Gastos de bolsillo para miembros de Medicare.....	41
Muestre todas las tarjetas de identificación en las visitas al proveedor	42
Si está en un centro para personas mayores mientras tiene la cobertura del Plan de Salud de Oregon	42
Ayuda para miembros de Medicare	42
Recuperación de pagos	43
Recuperación de patrimonio	43
Apoyo médico.....	44
Lesiones personales o accidentes.....	44

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Toma de decisiones sobre su atención médica	45
Decisiones en la etapa final de la vida	45
Declaración para el tratamiento de la salud mental	47
Si no se acatan sus deseos.....	47
Miembros de la Organización de Atención Coordinada	49
De qué manera las CCO cuidan de usted	49
Cuando se une a una CCO	50
Qué cubren las CCO	50
Cuándo puede cambiar de CCO	51
Si quiere el Plan de Salud de Oregon de pago por servicio.....	52
Baja de su CCO	52
Lista de CCO.....	53
Miembros de Pago por Servicio (FFS).....	55
Si solo tiene beneficios de pago por servicio	55
Si también tiene otra cobertura médica.....	55
Lista de teléfonos del Plan de Salud de Oregon.....	56
Notas	57

BIENVENIDO AL PLAN DE SALUD DE OREGON



Nos complace serle de ayuda. El Plan de Salud de Oregon (OHP) es para las personas que no pueden pagar un seguro médico de forma voluntaria. El OHP cubre atención médica, dental y de salud conductual (salud mental y trastorno de consumo de sustancias). El OHP también cubre los traslados a las citas de atención médica.

Para comenzar, estos son algunos aspectos que cada miembro del OHP tiene que saber.

GLOSARIO

Use este glosario para comprender exhaustivamente los términos y acrónimos que se usan en los documentos del Plan de Salud de Oregon.

Apelación: Cuando le pide a su plan que modifique una decisión con la que usted no concuerda respecto de un servicio que su médico solicitó. Puede llamar, escribir una carta o rellenar un formulario para explicar por qué el plan debería modificar su decisión. A esto se le llama presentar una apelación.

Representante autorizado: Una persona que usted elige para que tome decisiones y firme documentos por usted. Esta persona puede ser un familiar o un tutor. Si quiere tener un representante autorizado, debe rellenar un formulario especial.

Atención de salud conductual: Tratamiento de condiciones de salud mental o trastornos de consumo de sustancias.

Beneficios: Los servicios que paga su plan de atención médica.

Socio comunitario: Una persona o una organización que ayuda a las personas a solicitar atención médica. Los socios comunitarios son locales, y la ayuda no tiene costo.

Organización de Atención Coordinada (CCO): Una CCO es un grupo local de proveedores de atención médica. Este grupo comprende médicos, asesores, profesionales de enfermería, dentistas y otras personas que trabajan en la comunidad. Las CCO ayudan a garantizar que los miembros del OHP se mantengan sanos.

Copago: Medicare y otros planes pueden pagar los servicios, pero también pueden cobrarle al miembro un pequeño costo. Este costo se denomina copago. El OHP no tiene copagos.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME): Equipo médico, tal como sillas de rueda y camas de hospital. Son duraderos porque se pueden usar de manera prolongada. No se agotan como los suministros médicos.

Elegible: Que reúne las condiciones o los requisitos para un programa.

Inscribirse: Participar.

Condición médica de emergencia: Una enfermedad o una lesión que requiere atención inmediata. Un ejemplo de salud física es un sangrado que no se detiene o un hueso roto. Un ejemplo de salud mental es sentir que está fuera de control o querer hacerse daño a sí mismo.

Transporte médico de emergencia: Uso de una ambulancia para llegar al lugar donde se brinda la atención médica. Los técnicos en emergencias médicas (Emergency Medical Technicians, EMT) le proporcionan atención médica durante el traslado en vehículo o en aeronave. Este servicio se brinda al llamar al 911.

Atención en la Sala de Emergencias: Atención que recibe cuando tiene un problema de salud grave por la que no es seguro esperar. Esta atención se brinda en una Sala de Emergencias (Emergency Room, ER).

EPSDT: Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT). Este beneficio es para niños y adolescentes hasta los 20 años. Los exámenes de detección cubiertos siguen el cronograma del programa de Bright Futures en <https://brightfutures.aap.org>. Las visitas para estos exámenes también se conocen como “**controles del niño sano**”.

ER y ED: Sala de Emergencias y Departamento de Emergencias. Lugar en un hospital donde puede obtener atención médica inmediata.

Servicios de emergencia: Atención que recibe durante una crisis médica. Estos servicios ayudan a estabilizar su estado cuando atraviesa una condición grave.

Servicios excluidos: Servicios o suministros no cubiertos por un plan de salud. Suelen estar excluidos los servicios para mejorar su aspecto, tales como una cirugía cosmética, y condiciones que mejoran por sí solas, como un resfrío.

Pago por servicio: Atención médica cubierta por la Autoridad de Salud de Oregon (OHA). Cuando no está inscrito en una CCO, usted es un miembro de pago por servicio porque la OHA paga su atención. La OHA cubre cualquier servicio que la CCO no cubre.

Queja: Una queja formal que puede presentar si no está conforme con su CCO, los servicios de atención médica o su proveedor. El OHP llama a esto una queja. La ley dice que las CCO deben responder a cada queja.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: Servicios y dispositivos que enseñan habilidades de la vida cotidiana. Un ejemplo de esto es la terapia del habla de un niño que no ha empezado a hablar.

Seguro médico: Un plan o un programa que paga de manera parcial o total los costos de la atención médica de un miembro. Una empresa o una entidad gubernamental establece el momento y la cantidad que se pagará.

Audiencia: Cuando se le pide a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) que revise una decisión que esta o el plan ha tomado sobre la cobertura de un servicio de atención médica. Las audiencias las realizan los jueces de derecho administrativo que no forman parte de su CCO o del Plan de Salud de Oregon.

Atención médica domiciliaria: Servicios que recibe en su casa para ayudarlo a vivir mejor. Por ejemplo, puede recibir ayuda tras una cirugía, una enfermedad o una lesión. Algunos de estos servicios ayudan con los medicamentos, las comidas y el aseo.

Servicios de cuidados paliativos: Servicios que mejoran la calidad de vida de una persona durante la atención en la etapa final de la vida.

Atención hospitalaria o ambulatoria: La atención hospitalaria se da cuando recibe atención médica en un hospital y debe permanecer allí al menos tres noches. La atención ambulatoria se da cuando recibe atención médica en un hospital, pero no es necesario que permanezca allí por la noche.

Hospitalización: Cuando una persona ingresa a un hospital para recibir atención.

Grupo familiar: Familiares que viven con usted. Puede tratarse de su cónyuge, hijos u otros dependientes a quienes declara en sus impuestos.

Medicaid: Un programa nacional que ayuda con los costos de la atención médica a personas con bajos ingresos. En Oregon, es parte del Plan de Salud de Oregon.

Necesario por razones médicas: Servicios y suministros que su médico le indica que necesita. Los necesita para evitar, diagnosticar o tratar una condición o sus síntomas. Pueden ser servicios que un proveedor acepta como un tratamiento estándar.

Medicare: Un programa de atención médica para personas mayores de 65 años. También ayuda a personas de cualquier edad que tienen una discapacidad.

Red: El grupo de proveedores con los que una CCO tiene contrato para brindar servicios. Son médicos, dentistas, terapeutas y otros proveedores que trabajan juntos para mantenerlo sano.

Proveedor de la red: Un proveedor con el que la CCO tiene un contrato para brindar servicios. Si lo ve un proveedor de la red, la CCO paga los servicios. También se lo denomina “**proveedor participante**”.

Proveedor que no pertenece a la red: Un proveedor que no tiene contrato con la CCO. Estos proveedores no pueden aceptar el pago de la CCO por sus servicios. Si lo ve un proveedor que no pertenece a la red, es posible que deba pagar. También se lo denomina “**proveedor no participante**”.

Aviso de determinación adversa de beneficios: Una carta en la que se le informa cuando se ha tomado una decisión respecto de su atención médica.

Inscripción abierta: Período del año en que puede inscribirse para recibir atención médica privada. Puede solicitar ser beneficiario del OHP en cualquier momento del año.

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Departamento de Servicios Humanos de Oregon (Oregon Department of Human Services, ODHS):

Organismo estatal a cargo de programas, como el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) y Medicare. El ODHS y la OHA trabajan de manera conjunta para garantizar que reciba la atención que necesita.

Autoridad de Salud de Oregon (OHA): Organismo estatal a cargo del OHP y otros servicios de atención médica en Oregon.

Plan de Salud de Oregon (OHP): Programa de asistencia médica de Oregon. Ayuda a las personas que tienen ingresos bajos a acceder a la atención médica.

Hogar Médico Centrado en el Paciente (Patient-Centered Primary Care Home, PCPCH): Una clínica de atención médica que se centra en el paciente o en el miembro. Incluye diferentes proveedores en el mismo lugar.

Servicios médicos: Servicios que recibe de parte de un médico.

Plan: Una empresa que organiza los servicios de atención médica y paga por su prestación. La mayoría de los planes ofrecen atención médica física, dental y mental.

Autorización previa: Permiso para recibir un servicio. Suele tratarse de un documento en el que se indica que el plan pagará un determinado servicio. Algunos planes y servicios lo requieren antes de que usted reciba la atención.

Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL): Una lista de medicamentos cubiertos por el OHP.

Prima: Lo que una persona paga por un seguro.

Cobertura de medicamentos con receta: Un plan o un seguro médico que lo ayuda a pagar sus medicamentos.

Medicamentos con receta: Medicamentos que su médico le indica tomar.

Prevención: Lo que usted hace para mantenerse sano y no enfermarse, tal como ir a los controles y recibir la vacuna contra la gripe.

Médico de atención primaria o proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP):

El profesional médico que se ocupa de su salud. Suele tratarse de la primera persona que usted llama cuando tiene problemas de salud o necesita atención médica. Su PCP puede ser un médico, un enfermero de práctica avanzada, un auxiliar médico, un osteópata o, a veces, un naturópata.

Dentista de atención primaria: El dentista principal que se ocupa de sus dientes y encías.

Proveedor: una persona certificada o un grupo de personas certificadas que ofrecen un servicio de atención médica. Puede tratarse de médicos, dentistas o terapeutas.

Renovación: Los miembros del OHP deben garantizar que aún reúnen los requisitos para recibir los beneficios para la salud. Esto se llama renovación y se realiza todos los años.

Servicios de rehabilitación: Servicios para ayudarlo a recuperar por completo su salud. Suelen ayudar después de una cirugía, una lesión o un consumo de sustancias.

Atención de enfermería especializada: Ayuda que brinda un profesional de enfermería con el cuidado de heridas, un tratamiento o la administración de un medicamento. Puede recibir atención de enfermería especializada en un hospital, en un centro para personas mayores o en su propia casa.

Especialista: Un proveedor capacitado para brindar atención a una parte del cuerpo o a un tipo de enfermedad.

Atención de urgencias: Atención que necesita en el día. Puede requerirla a causa de un dolor muy fuerte, para no sentirse mucho peor o para evitar perder la función en una parte del cuerpo.

DERECHOS IMPORTANTES

A continuación, se detallan algunos de sus derechos como miembro del Plan de Salud de Oregon. Para obtener más información, visite OHP.Oregon.gov. Haga clic en “[Sus derechos](#).”

Usted tiene derecho a:

- ▶ Ser tratado con dignidad y respeto, al igual que otros pacientes;
- ▶ Elegir a sus proveedores de atención médica;
- ▶ Informar a su proveedor sobre todas sus preocupaciones de salud;
- ▶ Asistir a sus citas de atención médica acompañado de un amigo o de un asistente;
- ▶ Obtener un intérprete si requiere de uno;
- ▶ Obtener información sobre todas las opciones de tratamientos cubiertos y no cubiertos;
- ▶ Obtener ayuda para tomar decisiones sobre la atención médica, incluso para rechazar tratamientos;
- ▶ No tener personas que le impidan acudir a otras con el objetivo de:
 - » Hacerle hacer algo que no quiere hacer,
 - » Facilitar a sus proveedores la prestación de servicios,
 - » Castigarlo por algo que hizo o dijo.
- ▶ Obtener una remisión o una segunda opinión, si la necesita;
- ▶ Recibir atención médica cuando la necesite, en cualquier momento del día o de la noche;
- ▶ Recibir servicios de salud conductual (salud mental y trastorno de consumo de sustancias) y de planificación familiar sin tener una remisión;
- ▶ Recibir ayuda con la adicción al tabaco, al alcohol y a las drogas sin tener una remisión;
- ▶ Recibir manuales y cartas que pueda comprender;
- ▶ Consultar y obtener una copia de su historia clínica, salvo que su médico considere que esto podría ser desfavorable para usted;
- ▶ Limitar quién puede ver su historia clínica;
- ▶ Recibir un Aviso de determinación adversa de beneficios donde se le informe que se ha rechazado un servicio o se ha modificado el nivel del servicio;
- ▶ Recibir información y ayuda para apelar rechazos de la CCO o para solicitar una audiencia;

- ▶ Presentar quejas y obtener de buen modo una respuesta de parte del plan o del proveedor;
- ▶ Recibir ayuda gratuita del Programa Ombuds de la OHA.

Política de no discriminación de la OHA

La OHA, sus proveedores y la CCO deben respetar las leyes federales y estatales relativas a los derechos civiles. No puede tratar de manera injusta a las personas que participen en alguno de sus programas o actividades a causa de:

- ▶ Edad,
- ▶ Color,
- ▶ Discapacidad,
- ▶ Identidad de género,
- ▶ Estado de salud,
- ▶ Estado civil,
- ▶ Nacionalidad,
- ▶ Raza,
- ▶ Religión,
- ▶ Sexo, y
- ▶ Orientación sexual.

Cómo denunciar actos de discriminación

Si siente que ha sido tratado de manera injusta debido a alguno de los motivos anteriores, comuníquese con el director de derechos civiles por medio de los siguientes canales:

- ▶ **Web:** www.oregon.gov/OHA/OEI
- ▶ **Correo electrónico:** OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov
- ▶ **Teléfono:** 844-882-7889 (TTY 711)
- ▶ **Correo postal:** OHA Office of Equity and Inclusion
421 SW Oak St., Suite 750
Portland, OR 97204

También puede comunicarse con la División de Derechos Civiles del Departamento de Trabajo e Industrias de alguna de las siguientes formas:

- ▶ **Web:** www.oregon.gov/boli/workers/Pages/complaint.aspx
- ▶ **Email:** crdemail@boli.state.or.us
- ▶ **Teléfono:** 971-673-0764
- ▶ **Correo postal:** Bureau of Labor and Industries
Civil Rights Division
800 NE Oregon St., Suite 1045
Portland, OR 97232

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Derechos importantes

También tiene derecho a presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Comuníquese con la oficina por medio de los siguientes canales:

- ▶ **Web:** www.hhs.gov
- ▶ **Correo electrónico:** OCRComplaint@hhs.gov
- ▶ **Teléfono:** 800-368-1019; TTY: 800-537-7697
- ▶ **Correo postal:** 200 Independence Ave SW, Room 509F HHH Building Washington, DC 20201

Acceso a diferentes lenguas o idiomas

Todas las personas tienen derecho a comprender los programas y servicios de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) por medio de una de las siguientes opciones:

- ▶ interpretación de lengua de señas;
- ▶ interpretación de lenguaje oral;
- ▶ traducciones;
- ▶ Braille, letra grande, audio y otros formatos preferidos.

La OHA, todos los proveedores del OHP y las CCO ayudarán con las necesidades del idioma y otras necesidades. Esta ayuda no tiene costo. Si necesita ayuda, infórmelo a su CCO y a la OHA. Queremos que obtenga la ayuda que necesita, del modo que sea mejor para usted.



Puede mostrarles a los proveedores una tarjeta que les indique el idioma en el que necesita el material. En OHP.Oregon.gov, busque la tarjeta que necesita (haga clic en “Tarjetas de idiomas preferidos”) e imprímala.

Material impreso

Podemos brindarle información en un idioma diferente. Puede recibir una copia impresa gratuita de este Manual si llama al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Tan solo llame e indíquenos el idioma en el que lo necesita.

Todo el material que reciba debe estar redactado en un idioma y estilo que pueda comprender. Si necesita el material en otro idioma, en braille o en letra grande, o bien necesita que alguien se lo lea en su idioma, háganoslo saber.

- ▶ **Si pertenece a una CCO,** llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de la CCO.
- ▶ **Si no pertenece a una CCO,** llame al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711).

Puede solicitar cartas, etiquetas de medicamentos con receta y demás documentos importantes en el idioma adecuado para usted.

Intérpretes

Puede disponer del servicio de un intérprete (incluso de lengua de señas) en el idioma que necesite. Este servicio es gratuito. Indique al consultorio del proveedor el idioma que prefiere. Asegúrese de indicarles el idioma preferido uno o dos días antes de su cita.

¿Quiere saber si su intérprete asignado está cualificado o certificado en Oregon? De ser así, visite www.oregon.gov/OHA/oei.

Si necesita ayuda

Si tiene dificultades para obtener ayuda en el idioma que necesita, infórmelo a su CCO o al Departamento de Servicio al Cliente del OHP (consulte las páginas de la 35 a la 37, “Derechos sobre quejas, apelaciones y audiencias”). Si sigue necesitando ayuda después de informarlo, comuníquese con el coordinador del Programa de Servicios de Acceso a Diferentes Idiomas de la OHA por medio de los siguientes canales:

- ▶ **Teléfono:** 844-882-7889 (TTY 711)
- ▶ **Correo electrónico:** Languageaccess.info@odhsoha.oregon.gov

Derechos de menores (menos de 18 años)

A veces, las personas menores de 18 años (menores de edad) podrían querer o necesitar obtener servicios de atención médica por su cuenta. Para obtener más información, lea “Derechos de los menores: acceso a la atención médica y consentimiento para recibirla”. Este folleto le informa los tipos de servicios que los menores pueden obtener por su cuenta y cómo se puede compartir la información de atención médica de los menores.

Puede leer este folleto en línea en [OHP.Oregon.gov](https://www.ohp.oregon.gov). Haga clic en “[Derechos de menores y acceso a la atención médica](#).”

Derechos de las personas con discapacidades

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) garantiza que las personas con discapacidades puedan tener acceso total y equitativo a servicios e instalaciones de atención médica. Para obtener este acceso total y equitativo, las personas con discapacidades tienen derecho a cambios razonables (llamados “adaptaciones”). Puede solicitar una adaptación a la OHA o a su CCO. Para obtener ayuda con esto, comuníquese con la Oficina de Equidad e Inclusión de la OHA. Envíe un correo electrónico a OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov o llame al 844-882-7889 (TTY 711).

Miembros nativos de América del Norte y de Alaska

Los miembros del OHP que son nativos de América del Norte o de Alaska pueden recibir atención en un centro de salud tribal, en una clínica de los Servicios de Salud para Indígenas (Indian Health Services, IHS) o en la Asociación de Rehabilitación de Indígenas Americanos Nativos del Noroeste (Native American Rehabilitation Association of the Northwest, NARA). Esto es así aun cuando pertenecen a una CCO.

Su historia clínica

La privacidad de su historia clínica

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) protege su historia clínica

y mantiene su privacidad. Esto también se denomina “confidencialidad”. En el documento titulado “Aviso de prácticas de privacidad”, se explican los derechos de los miembros del OHP relativos a la privacidad de su información personal y cómo se la utiliza.

Para obtener una copia del “Aviso de prácticas de privacidad”, comuníquese con su CCO. Si es un miembro de pago por servicio, puede consultar este aviso en línea, en <https://apps.state.or.us/Forms/Served/me2090.pdf>. También puede solicitar por teléfono una copia al Departamento de Servicio al Cliente del OHP.

Una copia de sus registros de salud

Puede solicitar una copia de los siguientes documentos:

- ▶ La historia clínica de su médico,
- ▶ El expediente dental del consultorio de su dentista,
- ▶ Los registros de salud de su CCO.

Sus proveedores y la CCO podrían cobrarle una tarifa razonable por las copias.

Puede agregar algo que considere que esté faltando de sus registros. También puede solicitar una copia de sus registros de salud conductual, excepto las partes que el proveedor considere que podrían ocasionarle daño si las ve o las lee.

Servicios de EPSDT

Los niños y los adolescentes hasta 20 años tienen derecho a recibir atención médica que:

- ▶ Incluya servicios preventivos, dentales, especiales, de salud mental y del desarrollo;
- ▶ Evite enfermedades; y
- ▶ Detecte y trate problemas de la salud de manera temprana.

También tienen derecho a recibir atención médica para tratar las condiciones que detecten estos servicios. El OHP cubrirá servicios que:

- ▶ Sean necesarios por razones médica, y
- ▶ La Ley Federal de Medicaid permita a los estados cubrirlos.

Para obtener más información, consulte la página 17 (Beneficios del Plan de Salud de Oregon).

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

SUS RESPONSABILIDADES

Cuando solicitó ser miembro del OHP, aceptó proporcionarle a ODHS/OHA información verdadera, correcta y precisa cuando se la solicitaran. En esta página, encontrará más información sobre otras cuestiones que tiene que hacer como miembro del OHP.

Para obtener más información sobre todas las responsabilidades de los miembros del OHP, ingrese a OHP.Oregon.gov (haga clic en “[Sus derechos](#)”).

Como miembro del OHP, usted acepta:

- ▶ Encontrar un médico, un dentista u otro proveedor al que pueda ver y hablarle sobre su salud;
- ▶ Tratar a los proveedores y al personal de ellos con el mismo respeto que usted desea que lo traten;
- ▶ Presentar sus tarjetas de identificación médica en las citas (identificación del Plan de Salud de Oregon, identificación de la CCO o del plan, tarjetas de identificación de Medicare o del seguro privado);
- ▶ Decir en la recepción que tiene OHP y cualquier otro seguro médico;
- ▶ Informarle al personal si sufrió lesiones a causa de un accidente;
- ▶ Llegar a tiempo a las citas;
- ▶ Llamar al proveedor al menos un día antes si no puede asistir a una cita programada;
- ▶ Someterse a controles anuales, visitas de bienestar y otros servicios para evitar enfermedades y mantenerse sano;
- ▶ Seguir las instrucciones de sus proveedores y farmacéuticos, o solicitar otra opción;
- ▶ Ser sincero con sus proveedores para obtener el mejor servicio;
- ▶ Informar estos cambios al OHP lo antes posible. Para informar cambios, puede llamar al 800-699-9075 (TTY 711). También puede informarlos en persona, por fax o por correo. Para obtener más información, ingrese a OHP.Oregon.gov (haga clic en “[Informar cambios](#)”).
 - » Cambia de nombre o de dirección.
 - » Cambia la cantidad de integrantes del grupo familiar de su hogar.
 - » Se casa, se divorcia, queda embarazada o tiene un hijo.
 - » Sus ingresos laborales aumentan o disminuyen \$100 o más al mes.
 - » Sus otros ingresos mensuales (p. ej., manutención de los hijos o beneficios del desempleo) aumentan \$50 o más.
 - » Tiene o deja de tener otro seguro médico.
 - » Sufre una lesión a causa de otra persona, empresa u organismo gubernamental, o tiene un reclamo por lesiones personales.
 - » Su estado migratorio cambia.
 - » Obtiene o pierde la cobertura de Medicare.
 - » Se produce una muerte en el hogar.
 - » Se producen cambios en el estado civil para efectos de la declaración de impuestos o dependientes fiscales.
- ▶ Lea todas las cartas que le envíen la ODHS/OHA y su CCO. Si tiene problemas para leer la información, llame a su CCO o al Departamento de Servicio al Cliente del OHP para solicitar ayuda.
- ▶ Denuncie los actos fraudulentos relacionados con Medicaid. Llámenos, envíenos un correo electrónico o escríbanos si cree que es testigo de actos fraudulentos, como los siguientes:
 - » El cobro por un servicio que no recibió;
 - » El uso de la identificación de otra persona para obtener beneficios del OHP.

Para denunciar actos fraudulentos al proveedor:

Provider Audit Unit

P.O. Box 14152
3406 Cherry Avenue N.E.
Salem, OR 97309-9965
Teléfono: 888-372-8301
Fax: 503-378-2577

Para denunciar actos fraudulentos al cliente:

ODHS Investigations Unit

P.O. Box 14150
Salem, OR 97309
Teléfono: 888-372-8301
Fax: 503-373-1525

También puede denunciar actos fraudulentos a clientes y proveedores en línea, en www.oregon.gov/dhs/abuse/Pages/fraud-reporting.aspx.

Página 11 **¿Necesita ayuda?**

Miembros de Pago por Servicio (FFS): llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

LAS CARTAS DE COBERTURA INFORMAN SOBRE SUS BENEFICIOS

Recibirá una carta de cobertura de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) cuando:

- ▶ Reciba los beneficios por primera vez;
- ▶ Los beneficios cambien;
- ▶ Se inscriba en una nueva Organización de Atención Coordinada (CCO);
- ▶ Tenga un nuevo plan dental (si su CCO no cubre la atención dental);
- ▶ Tiene o deja de tener otro seguro médico;
- ▶ Cambie su nombre o la cantidad de miembros del grupo familiar de su hogar;
- ▶ Solicite una nueva tarjeta de identificación del Plan de Salud de Oregon o una carta de cobertura.

Si no recibe una carta dos semanas después de obtener los beneficios, llame al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711)

Esta carta contiene información importante, como puede ver en las páginas 13 y 14.



Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

CARTA DE EJEMPLO

5503 XX#### XX P2

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

Nombre de la sucursal/División: OHP/CAF
ID del trabajador/Teléfono: XX/503-555-5555

JOHN DOE
123 MAIN ST
HOMETOWN OR 97000

Este es el empleado de OHA o de ODHS que puede ayudarlo.

¡Guarde esta carta!

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

Esta carta es solo para su información. No es necesario que la lleve a sus citas de atención médica.

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

Le damos la bienvenida al Plan de Salud de Oregon (OHP). **Esta es su nueva carta de cobertura.**

Esta carta incluye información de cobertura para su grupo familiar. Esta carta no garantiza que seguirá siendo elegible para recibir los servicios. Esta carta no invalida los avisos de decisiones que su trabajador le envíe.

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

La hoja amarilla adjunta incluye un cuadro que describe los servicios cubiertos para cada paquete de beneficios y una lista de números telefónicos útiles.

A continuación, hemos incluido una lista con la razón por la que se le envía esta carta. La fecha en que la información de esta carta entra en vigor está incluida junto a su nombre.

Razón de la carta:

Managed care plan or Primary Care Manager enrollment changed for:
Doe, Timothy - 08/1/2010

Names were changed for:
Doe, Jane - 08/1/2010

La carta será siempre la misma, salvo esta parte. Esta es la información nueva.

Página 13 **¿Necesita ayuda?**

Miembros de Pago por Servicio (FFS): llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Esta es la página 2 de su carta. Proporciona información sobre su CCO y demás cobertura conocida por la OHA.

En el siguiente cuadro, se resume la información de cobertura de todas las personas del grupo familiar que reúnen los requisitos para recibirla. Consulte el cuadro adjunto del paquete de beneficios para ver lo que cubre cada paquete de beneficios. Las letras en la sección Inscripción en atención administrada/TPR se refieren a los planes que se mencionan en la página Inscripción en atención administrada/TPR.

Nombre,	Fecha de nacimiento	N.º de ID del cliente	¿Copagos?	Paquete de beneficios	Inscripción en atención administrada/TPR
John Doe	01/01/1968	xx1234xx	No	OHP Plus	A, B, C
John Doe	02/01/1969	xx1235xx	No	OHP con Medicamentos Limitados	A, B, C, G, H, I
Tim Doe	03/01/2006	xx1236xx	No	OHP Plus	B, C, D y F
Kathy Doe	04/01/2007	xx1237xx	No	OHP Plus	B, C, E, G y H

Estos tipos de cobertura se presentarán en forma de carta en la columna “Inscripción en atención administrada/TPR”:

- ▶ Su CCO
- ▶ Otra cobertura conocida por la OHA, como un seguro privado o Medicare
- ▶ Farmacia asignada, para miembros de pago por servicio inscritos en el Programa de Gestión de Farmacias (para obtener más información, consulte la página 31 de este Manual)

En la página 3 de su carta, se menciona el nombre y el número de teléfono que acompaña a cada letra en esta columna.

Beneficios

La carta de cobertura puede incluir tres tipos de beneficios:

- ▶ **Medicaid de Emergencia (Citizenship Waived Medical, CWM):** Cubre solo servicios de emergencia (consulte la página 17).
- ▶ **Beneficiario Cualificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Cubre solo los costos compartidos de Medicare (consulte la página 17).
- ▶ **Plan de Salud de Oregon (OHP):** OHP Plus, OHP con Medicamentos Limitados, OHP Complementario y CWM Plus (consulte las páginas de la 17 a la 24).
- ▶ **OHP Dental:** Cubre solo beneficios dentales para miembros del Programa Dental COFA y del Programa Dental para Veteranos (consulte la página 20).

Inscripción en la Organización de Atención Coordinada (CCO)

La mayoría de las personas con beneficios del OHP están inscritas en una CCO. Su CCO paga su

atención médica. Su CCO puede ayudarlo con los traslados para recibir los servicios de atención médica. Para la mayoría de las personas, la CCO paga los servicios médicos, dentales y de salud conductual (salud mental y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias).

En su carta de cobertura, se menciona el tipo de atención que cubre su CCO:

- ▶ **CCOA:** Atención médica, dental y de salud conductual
- ▶ **CCOB:** Atención médica y de salud conductual. La OHA paga la atención dental.
- ▶ **CCOG:** Atención dental y de salud conductual. La OHA paga la atención médica.
- ▶ **CCOE:** Solo atención de salud conductual. La OHA paga la atención dental y médica.
- ▶ **CCOF:** Solo atención dental. La OHA paga la atención médica y de salud conductual de la mayoría de los miembros. La OHA no paga la atención médica y de salud conductual de los miembros del Programa Dental COFA y del Programa Dental para Veteranos.

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Las cartas de cobertura informan sobre sus beneficios

Seguro privado

Algunas personas tienen un seguro privado y el OHP. El seguro privado es otro seguro médico, como los planes que pueda adquirir por su cuenta o que le correspondan por su empleo. En su carta de cobertura, se denomina a este tipo de seguro “recurso externo” (third-party resource, TPR). También se lo denomina “responsabilidad contra terceros” (Third-Party Liability, TPL).

Si sabemos que tiene un seguro, se marcará con una letra en el cuadro “Inscripción en atención administrada/TPR” en la página 2 de su carta de cobertura.

Cuando obtiene o deja de tener una cobertura de salud, como un seguro privado, debe informarlo durante los 30 días posteriores al cambio. Para informar cambios en la cobertura, ingrese a www.ReportTPL.org.

Si tiene que pagar su seguro privado, eso se llama pagar una “prima”. El programa Pago de Primas de Seguro Médico (Health Insurance Premium Payment, HIPP) podría ayudarlo a pagar la prima. Para obtener más información y solicitar la ayuda con el pago de la prima, ingrese a www.OregonHIPP.org.

Si tiene un seguro médico privado y el OHP, su plan de seguro debe trabajar con las farmacias que también puedan facturar al OHP. Si su farmacia puede facturarle a su seguro, pero no al OHP, informe esto a su plan de seguro. Pídale al plan que le indique qué farmacias también facturan al OHP.

Identificación del Plan de Salud de Oregon

Cuando se une al Plan, recibe una tarjeta de identificación para cada integrante de la familia. Esto figura en la última página de la carta de cobertura. A continuación, se proporciona una tarjeta de identificación de ejemplo.

¿Recibió la suya por correo? Le enviaremos una tarjeta nueva si:

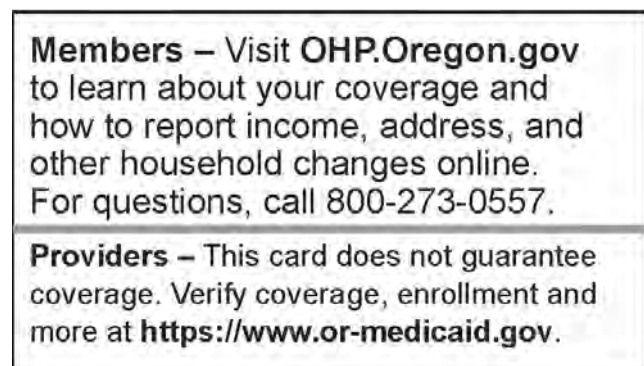
- ▶ Su nombre cambia;
- ▶ Su número de identificación cambia; o
- ▶ Solicita una tarjeta nueva.

Si no está inscrito en una CCO, puede usar su tarjeta de identificación del Plan de Salud de Oregon para visitar a cualquier proveedor que acepte facturar los servicios a la OHA.

Si no recibe la tarjeta después de unirse al OHP o la información que figura en ella es incorrecta, comuníquese de inmediato con el Departamento de Servicio al Cliente del OHP. Para obtener más información sobre cuándo llamar, consulte “A quién llamar para solicitar ayuda” (página II).



Front



Back

Página 15 ¿Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

INFORMAR TODOS LOS CAMBIOS

Cómo mantener la cobertura

Todos los años, debemos saber si aún reúne los requisitos para recibir los beneficios. Es posible que deba brindarnos más información para ayudarnos a comprobarlo. Si tiene que hacerlo, el OHP le enviará una carta de renovación.

En la carta, le diremos qué enviarnos y cuándo enviarlo. Cuando reciba la carta, haga inmediatamente lo que se le indica para no perder los beneficios.

Asegúrese de informarnos cuando se mude.

- ▶ De esta forma, tendremos su dirección actual siempre que necesitemos enviarle una carta.
- ▶ Las leyes de privacidad exigen que actualicemos su dirección solo cuando usted nos lo indique.

Cómo seguir recibiendo cartas del ODHS y de la OHA

El ODHS, la OHA y las CCO le envían cartas sobre sus beneficios. Usarán la dirección postal que proporcionó al ODHS y a la OHA cuando solicitó los beneficios por primera vez. **Si no puede recibir correspondencia en esa dirección, envíenos un cambio de dirección.** Proporcione una dirección donde pueda recibir correspondencia.

Cómo enviar un cambio de dirección

La mejor manera de informarnos un cambio de dirección es por medio de su cuenta gratuita y segura en línea, en ONE.Oregon.gov. Para obtener más información sobre cómo registrarse para una cuenta ONE y sobre cómo usarla, ingrese a OHP.Oregon.gov (haga clic en “Obtenga más información sobre cómo usar una cuenta del OHP en línea”).

También puede informarnos sobre un cambio de dirección por medio de las siguientes vías. Cada persona del grupo familiar que presente un cambio, debe proporcionar su nombre, dirección e identificación del Plan de Salud de Oregon:

- ▶ Solicite ayuda a un socio comunitario. Los socios comunitarios son clínicas, hospitales y otras organizaciones de servicios que ayudan a las personas a solicitar la cobertura del Plan de Salud de Oregon. Para encontrar un socio en su área, haga lo siguiente:
 - » Ingrese a www.OregonHealthCare.gov y haga clic en “[Buscar ayuda local](#)”. Puede buscar socios en su zona por código postal.
- ▶ Llame al 800-699-9075. Preste atención al número que debe seleccionar para hacer el cambio de dirección.
- ▶ Envíe un fax o un correo postal. Obtenga más información en OHP.Oregon.gov (haga clic en “Informar cambios”).

Cómo obtener cobertura del OHP para su recién nacido

Llame tan pronto como pueda al Centro de Servicio al Cliente de ONE al 800-699-9075 (TTY 711). Después de hacer esto, el OHP cubrirá a su bebé hasta su primer cumpleaños.

Cuando llame, proporcione la siguiente información del bebé:

- ▶ Fecha de nacimiento,
- ▶ Nombre,
- ▶ Sexo,
- ▶ Número del Seguro Social (cuando el bebé tenga un año),
- ▶ Nombre del proveedor de atención primaria del bebé,
- ▶ CCO en la que quiere inscribir al bebé.

Recibirá una nueva carta de cobertura que incluye a su bebé y una tarjeta de identificación del Plan de Salud de Oregon para su bebé. Llame al Centro de Servicio al Cliente de ONE si no las recibe en dos semanas.

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

SERVICIOS CUBIERTOS

Por lo general, los servicios de atención médica están cubiertos solo cuando están incluidos en su paquete de beneficios y:

- ▶ Se prestan en los Estados Unidos por proveedores que aceptan la tarjeta de identificación del Plan de Salud de Oregon; y
- ▶ Son necesarios por razones médicas. Esto significa que el servicio es importante para mantenerlo sano o ayudarlo a mejorar. Para obtener más información, lea las páginas 25 y 26 (“Servicios limitados o no cubiertos”).

En la página 2 de su carta de cobertura, se resumen su(s) paquete(s) de beneficios. En las siguientes páginas, se explican los servicios por cada paquete de beneficios.

Beneficios del Medicaid de Emergencia (CWM)

El CWM es para personas adultas que no reúnen los requisitos para el OHP debido a su estado migratorio. Solo cubre los servicios de emergencia.

- ▶ Es atención médica que necesita de inmediato debido a un peligro grave para su salud, partes del cuerpo o el funcionamiento del cuerpo.
- ▶ El CWM no cubre la atención de seguimiento después de las emergencias, incluso si el hospital dice que debe recibir este tipo de atención.

Los miembros del CWM no pueden inscribirse en una CCO. Esto significa que los miembros del CWM deben recibir atención de emergencia de un hospital que acepte la tarjeta de identificación del Plan de Salud de Oregon y acepte facturar a la OHA por los servicios que ha prestado.

La OHA también cubre estos servicios a los miembros del CWM:

- ▶ Servicios de esterilización femenina (tales como la ligadura de trompas)
- ▶ Servicios relacionados con el aborto
- ▶ Tratamiento de enfermedad renal en etapa terminal (fallo renal)
- ▶ Tratamiento del cáncer
- ▶ Servicios de crisis de salud conductual

Si tiene el CWM y queda embarazada

Llame al OHP al 800-699-9075 (TTY 711) para registrarse para los beneficios del CWM Plus. Mientras transita el embarazo, el CWM Plus le proporciona todos los beneficios del OHP (páginas de la 17 a la 24), incluida la atención dental y de la vista. El CWM Plus también le proporciona atención de seguimiento durante los 60 días posteriores al nacimiento del bebé.

Beneficios del Beneficiario Cualificado de Medicare (QMB)

Es para los miembros de Medicare que no alcanzan los límites de ingresos del OHP, pero sí alcanzan los límites de ingresos del QMB. El QMB solo cubre la prima de la Parte B de Medicare y los deducibles y copagos de la Parte A y Parte B. Nosotros le enviamos los pagos a su proveedor. Al hacerlo, su proveedor no le cobrará nada a usted en ningún momento.

Beneficios del Plan de Salud de Oregon

Esto es un resumen de los beneficios del Plan de Salud de Oregon. Usted tiene estos beneficios si tiene el paquete de beneficios de OHP Plus, OHP con Medicamentos Limitados o CWM Plus. Si necesita saber si un servicio específico está cubierto, consulte al proveedor.

Atención de emergencia

La atención de emergencia, como los servicios de ambulancia y de la Sala de Emergencias, está cubierta solo para casos de una verdadera emergencia. Hablamos de enfermedades o lesiones repentinas que requieren un tratamiento inmediato. Si no recibe este tratamiento inmediato, la persona podría sufrir graves complicaciones o incluso la muerte.

- ▶ Ejemplos de una emergencia médica son apendicitis, dolor muy fuerte que no desaparece con el tratamiento en la casa, huesos quebrados, infarto, sangrado que no se detiene, derrame cerebral o conmoción cerebral.

Página 17 ¿Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

- ▶ Ejemplos de una emergencia dental son caída de dientes de una persona adulta, dolor muy fuerte de dientes o infecciones graves.
- ▶ Ejemplos de una emergencia de salud conductual son sentir que está fuera de control o querer hacerse daño a sí mismo o a los demás.

Si está embarazada, el OHP también cubre la atención de una verdadera emergencia de su bebé.

Servicios de diagnóstico

El OHP cubre los servicios de atención médica para investigar sobre su salud. Si tiene un problema de salud, el OHP pagará los servicios necesarios para investigar el problema. Algunos ejemplos de servicios de diagnóstico son los siguientes:

- ▶ Consultas de atención médica para investigar si tiene un problema de salud;
- ▶ Análisis de sangre, servicios de laboratorio y rayos X.

Segundas opiniones

El OHP pagará por una segunda opinión, si la solicita. Puede solicitar consultar a otro proveedor o especialista del OHP. Los miembros de la CCO deben contar con la aprobación de la CCO para consultar a un proveedor que no pertenece a la red del plan.

Servicios preventivos

Queremos prevenir los problemas de salud antes de que sucedan. Esto puede ser una parte importante de su atención. Haga los controles y las pruebas regulares para saber cómo está su salud.

Estos son algunos servicios preventivos:

- ▶ Vacunas para niños y adultos
- ▶ Controles y rellenos dentales
- ▶ Mamografías (radiografía de mama) para mujeres
- ▶ Atención de la embarazada y del recién nacido
- ▶ Examen ginecológico anual
- ▶ Exámenes de próstata para hombres
- ▶ Controles anuales

Exámenes (los controles de EPSDT del niño sano hasta los 20 años)

El OHP cubre los siguientes servicios para controlar regularmente la salud y el desarrollo de su hijo:

- ▶ Exámenes físicos de pies a cabeza
- ▶ Exámenes de la vista y de la audición
- ▶ Exámenes de salud mental y conductual
- ▶ Exámenes dentales
- ▶ Análisis de laboratorio
- ▶ Controles del crecimiento y del desarrollo
- ▶ Exámenes de nutrición (hábitos alimenticios)

Estos exámenes se realizan durante las visitas médicas regulares, pero pueden realizarse en otros momentos si se presentan problemas de salud entre las visitas.

Si su hijo necesita visitas de seguimiento o citas especiales, el OHP también las cubre.

Los exámenes regulares y la atención de seguimiento ayudan a detectar y a tratar los problemas de salud de inmediato. Esto ayuda a mantener la salud de su hijo.



Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Atención de salud conductual

Atención de salud mental

- ▶ Coordinación de la atención
- ▶ Servicios de emergencia
- ▶ Evaluaciones y consultas
- ▶ Estadías en el hospital
- ▶ Administración de medicamentos
- ▶ Medicamentos
- ▶ Servicios entre pares
- ▶ Tratamiento residencial
- ▶ Terapia

Servicios entre pares

Los servicios entre pares son servicios prestados por un especialista de apoyo o un especialista par certificado. Esta persona ha vivido algunas de las mismas cosas que usted. Puede asistirlo de las siguientes maneras:

- ▶ Indicarle cómo obtener los servicios adecuados para usted y su familia;
- ▶ Acompañarlo a las reuniones;
- ▶ Apoyarlo en su recuperación;
- ▶ Apoyarlo en la crianza de niños con necesidades especiales físicas y de salud conductual.

Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (adicción)

No necesita una remisión para obtener ayuda por problemas con el alcohol o las drogas.

Algunos de los servicios de tratamiento ambulatorio y residencial cubiertos son los siguientes:

- ▶ Detección, evaluación y examen físico, incluidos los análisis de orina;
- ▶ Acupuntura;
- ▶ Desintoxicación; y
- ▶ Asesoramiento individual, grupal y familiar o de pareja.

Los medicamentos cubiertos incluyen:

- ▶ Metadona,
- ▶ Suboxone,
- ▶ Buprenorfina,
- ▶ Vivitrol, y
- ▶ Otros medicamentos que ayudan a reducir la cantidad de alcohol o de drogas que consume, o a dejarlos.

Un centro de atención las 24 horas proporciona tratamiento residencial para las adicciones. Un centro residencial puede tratar tanto a adultos como a jóvenes. Algunos centros permiten que los padres lleven a los niños con ellos. Consulte con su CCO sobre los programas de tratamiento.

Servicios integrales para niños y familias

Los servicios integrales tienen un método de trabajo en equipo que ayuda a los niños desde el nacimiento hasta los 18 años a satisfacer sus necesidades de salud conductual. El equipo de trabajo integral está conformado por un coordinador de atención, familias, jóvenes y especialistas de apoyo para familias y jóvenes.

Juntos, elaboran un plan de tratamiento. Las escuelas y los organismos comunitarios comparten recursos y trabajan juntos. Esto garantiza que las necesidades de los niños se satisfagan en el hogar y en la comunidad.

Para obtener servicios integrales, comuníquese con la CCO en la que está inscrito su hijo.

Coordinación de la atención

La atención médica, dental y de la salud conductual se coordina para que usted la reciba de modo que funcione en conjunto para mantenerlo sano.

Queremos que reciba toda la atención que necesita para mantenerse sano. Si necesita ayuda para obtener atención adecuada, comuníquese con sus proveedores de atención médica o con su CCO. Estas son otras maneras en que puede obtener ayuda.

- ▶ Los miembros de la CCO pueden llamar a su CCO para obtener servicios de coordinación de la atención. Para obtener más información, consulte la página 49: "Asistentes de cuidado".

- ▶ Los miembros que sean nativos de América del Norte o de Alaska pueden llamar al Centro de Coordinación Tribal de CareOregon al 844-847-9320 (TTY 711).
- ▶ Los demás miembros pueden llamar al Centro de Coordinación Tribal del OHP al 800-562-4620 (TTY 711).

Los trabajadores de la salud comunitarios y los facilitadores de la salud personal trabajan con clínicas, CCO y comunidades locales. Hacen lo siguiente:

- ▶ Conocen acerca de los recursos locales y las necesidades culturales, y
- ▶ Les proporcionan a los pacientes las herramientas que necesitan para tomar buenas decisiones sobre su salud.

Atención dental

El OHP cubre la atención dental. Los beneficios dentales son para miembros de todas las edades. Ver a un dentista para que controle sus dientes puede ayudar a evitar dolores. Los dientes sanos también mantienen un corazón y un cuerpo sanos.



La atención dental es importante para todos. Es aún más importante si está embarazada o tiene diabetes.

Beneficios dentales para todos los miembros

- ▶ Atención de diagnóstico:
 - » Controles
 - » Rayos X
- ▶ Atención preventiva:
 - » Limpieza y barniz de flúor
 - » Cuidado reconstituyente - Tratamiento para caries y otros problemas:
 - » Rellenos

- » Extracciones (sacarse un diente)
- » Coronas de acero inoxidable para molares
- » Dentadura postiza completa cada diez años
- ▶ Dentadura postiza parcial cada cinco años
- ▶ Atención especializada
- ▶ Atención de emergencia o de urgencia

Beneficios dentales adicionales durante el embarazo

El cuidado de los dientes durante el embarazo es importante para la salud de su bebé. El OHP cubre estos servicios durante el embarazo.

- ▶ Limpiezas dentales adicionales, según sea necesario.
- ▶ Coronas prefabricadas.
- ▶ Endodoncias en molares.

Estos beneficios terminan 12 meses después de que finaliza el embarazo.

Beneficios dentales adicionales para niños (de 0 a 20 años)

Es importante cuidar los dientes de su hijo desde el primer diente cuando es bebé. El OHP cubre más beneficios para encontrar y tratar problemas dentales lo antes posible.

- ▶ Controles, pruebas y exámenes de detección en función del cronograma de Bright Futures en <https://brightfutures.aap.org>
- ▶ Limpiezas dentales, selladores, coronas y endodoncias adicionales (con limitaciones)
- ▶ Asesoramiento para ayudarlo a usted y a su hijo a cuidarse los dientes
- ▶ Diagnóstico de problemas dentales encontrados durante los controles
- ▶ Remisión a especialistas
- ▶ Atención de seguimiento

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Servicios cubiertos

- ▶ Cualquier tratamiento para las deformidades de la boca o de la mandíbula que impiden que su hijo:
 - » Mastique correctamente los alimentos,
 - » Hable correctamente, o
 - » Use la boca de forma adecuada.
- ▶ Frenos, si un médico o un dentista determinan que los dientes de su hijo:
 - » Ocasionalmente problemas que perjudican la salud general de su hijo,
 - » Evitan que su hijo mastique correctamente los alimentos, o
 - » Evitan que su hijo hable de forma adecuada.
 - » El OHP no cubre los frenos que solo mejoran el aspecto de su hijo.
- ▶ Atención hospitalaria
 - » Tratamiento de emergencia
 - » Atención hospitalaria y ambulatoria
- ▶ Vacunas
- ▶ Atención médica de parte de un médico, de un profesional de enfermería de práctica avanzada o de un auxiliar médico
- ▶ Equipos y suministros médicos
- ▶ Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- ▶ Algunas cirugías
- ▶ Atención especializada
- ▶ Tratamiento para la mayoría de las principales enfermedades

Miembros del Programa Dental COFA y del Programa Dental para Veteranos:

El OHP cubre:

- ▶ Beneficios dentales para todos los miembros (enumerados en la página 20).
- ▶ Traslados a las citas dentales.
- ▶ Algunos medicamentos que su dentista puede recetar, como antibióticos o analgésicos.

Atención médica

- ▶ Servicios de atención de emergencia y ambulancias las 24 horas
- ▶ Suministros para la diabetes e información sobre esta enfermedad
- ▶ Exámenes o pruebas (de laboratorio o rayos X) para saber qué está pasando con su salud
- ▶ Cuidado de la salud ocular
- ▶ Planificación familiar
- ▶ Audífonos y exámenes de audífonos
- ▶ Atención de cuidados paliativos (los miembros de CWM Plus no tienen esta cobertura)

Planificación familiar y otros servicios

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

- ▶ Visitas de planificación familiar (examen físico y educación sobre el control de la natalidad)
- ▶ Métodos anticonceptivos, como preservativos, píldoras anticonceptivas, dispositivo intrauterino (DIU) posparto (inmediato) e implantes
- ▶ Servicios de esterilización, como vasectomías, ligaduras de trompas, DIU posparto (inmediato) e implantes

Otros servicios:

- ▶ Examen ginecológico anual
- ▶ Pruebas de embarazo
- ▶ Exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- ▶ Aborto
- ▶ Pruebas y asesoramiento para el SIDA y el VIH

Para obtener servicios de planificación familiar, puede acudir a cualquiera de los siguientes lugares: (si está inscrito en una CCO, es posible que necesite una remisión del médico para los servicios de planificación familiar proporcionados fuera de la red de la CCO).

- ▶ Un Departamento de Salud Pública del condado,
- ▶ Una clínica de planificación familiar, o
- ▶ Cualquier proveedor que acepte su identificación del Plan de Salud de Oregon.

Salud de personas transgénero

El OHP respeta las necesidades de atención médica de todos los miembros. Esto incluye mujeres trans, hombres trans, personas con variación de género, miembros de dos espíritus y miembros no binarios.

El OHP cubre los servicios de afirmación de género, como la terapia hormonal, el asesoramiento y algunas cirugías. Para obtener más información, comuníquese con su CCO o con el Departamento de Servicio al Cliente del OHP.

Atención durante el embarazo

El OHP cubre la atención durante el embarazo. Si queda embarazada, infórmelo de inmediato al Centro de Servicio al Cliente de ONE.

Nos aseguraremos de que no pierda la cobertura de salud antes de que nazca su bebé y la inscribiremos para que obtenga más beneficios.

- ▶ Para los miembros del OHP Plus, estos beneficios son servicios adicionales dentales y de la vista. Estos beneficios continúan durante 12 meses después de que finaliza el embarazo.
- ▶ Para los miembros de CWM, estos beneficios son beneficios de CWM Plus. Son los mismos beneficios del OHP Plus para las miembros embarazadas. Los beneficios de CWM Plus continúan durante 60 días después de que finaliza el embarazo.

También debe informar al Centro de Servicio al Cliente de ONE si finaliza un embarazo. El número de teléfono es 800-699-9075.



Servicios de una asistente de parto

El OHP también cubre los servicios de asistente de parto. Una asistente de parto es una acompañante que brinda apoyo personal y no médico a las mujeres y las familias durante el embarazo, el parto y el puerperio de una mujer.

Importante

- ▶ Si está embarazada o cree que podría estarlo, es importante que consulte a un proveedor de atención médica de inmediato.
- ▶ Hágase los controles regulares del embarazo.
- ▶ Asista a las citas y siga los consejos del médico.
- ▶ Programe una cita con el dentista. Solicite todos los cuidados dentales necesarios. Mantener los dientes saludables ayudará a que usted y su bebé se mantengan sanos.
- ▶ No consuma alcohol ni drogas antes, durante o después del embarazo. Puede dañar al bebé incluso antes de que nazca. Si necesita ayuda con el consumo de alcohol y de drogas, hable con su médico o llame a un centro de tratamiento de adicciones de la red de su CCO.
- ▶ Fumar durante el embarazo puede dañar al bebé. Hable con su médico para obtener ayuda para dejar de fumar. También puede llamar a la Línea para Dejar de Fumar de Oregon al 800-784-8669.
- ▶ Su proveedor puede remitirla a un especialista si lo necesita.
- ▶ Su proveedor puede darle vitaminas para:
 - » Mantener su salud y la de su bebé durante el embarazo, y
 - » Ayudar a prevenir defectos de nacimiento.

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Partos planificados en la comunidad:

Si no desea tener a su bebé en un hospital, puede solicitar un parto planificado en la comunidad. Estos partos:

- ▶ Pueden realizarse en su casa o en un centro de maternidad local;
- ▶ Se planifican con una partera de entrada directa acreditada, una enfermera partera acreditada, un enfermero de práctica avanzada o un médico.

La persona que elija para planificar su parto le brindará atención durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto.

Tendrá que solicitarle a su médico un parto fuera del hospital. Solicíteselo tan pronto como sea posible: lo mejor es antes de la llegada de la semana 24 del embarazo.

Atención de seguimiento

El OHP también cubre la atención de seguimiento después del embarazo para la madre y el bebé. Esto incluye visitas para recién nacidos, visitas de niño sano, atención en el puerperio y apoyo para la lactancia.

Recuerde: Cuando el bebé nazca, háganoslo saber. Indíquenos también cuál es la CCO que quiere para su bebé. Consulte la página 16 (“Informar cambios”).

Visitas de recién nacido y de niño sano

Su bebé necesitará controles para supervisar su crecimiento y desarrollo. El primer control debe realizarse en los primeros cinco días después del nacimiento. El médico le informará cuándo deben realizarse los siguientes controles.

Atención en el puerperio

Es el cuidado que recibe usted después de que nace el bebé. Este cuidado es importante para usted y el bebé. Puede aprender sobre la recuperación del parto, la planificación familiar y sus sentimientos acerca de ser madre. Hable con su proveedor o con la CCO para programar esta cita.

Recetas

El OHP cubre las recetas médicas para la salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias) de los miembros de FFS y de la CCO. La OHP también cubre las recetas para los miembros de FFS. Su CCO cubrirá la mayoría de las recetas médicas.

El OHP también cubre los medicamentos que su dentista pueda recetarle.

- ▶ Moda Health cubrirá estos medicamentos para los miembros del Programa Dental COFA y del Programa Dental para Veteranos.
- ▶ El OHP o su CCO cubrirán estos medicamentos para otros miembros del OHP.

Tanto el OHP como su CCO tienen las listas de los medicamentos con receta que cubrirán.

- ▶ Si está inscrita en una CCO, esta lista se llama “formulario”. Para obtener esta lista, llame al Departamento de Servicio al Cliente de su CCO, o bien búsquela en el sitio web de la CCO.
- ▶ La lista del OHP es la Lista de Medicamentos Preferidos. Puede encontrar esta lista en www.orpdl.org.

Para buscar un medicamento, debe saber lo siguiente:

- ▶ El nombre exacto del medicamento,
- ▶ La dosis que toma, y
- ▶ La cantidad recetada por su proveedor.

Cobertura de recetas médicas de Medicare

El OHP con Medicamentos Limitados cubre solo algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre.

- ▶ Si tiene OHP con Medicamentos Limitados, su plan de medicamentos de la Parte D de Medicare cubrirá la mayoría de sus recetas.
- ▶ El OHP pagará los medicamentos que cubre el OHP, pero que la Parte D no cubre.

Si elige no inscribirse en un plan de medicamentos de la Parte D, deberá pagar los medicamentos que la Parte D de Medicare cubriría si lo tuviera. Esto significa que, a menos que se inscriba en un plan de medicamentos de la Parte D, pagará de su bolsillo la mayoría de las recetas.

Traslados a los servicios cubiertos

El OHP paga los traslados que necesita realizar para obtener la atención médica cubierta por el OHP. Este beneficio también se denomina “transporte médico que no es de emergencia” (non-emergent medical transportation, NEMT). Suelen ser viajes en taxi, autobús o un servicio de transporte local.

En algunos casos, el OHP puede reembolsarle los gastos de los viajes, como la gasolina, las comidas y el alojamiento.

El OHP solo pagará los gastos de los traslados si el servicio de transporte los aprueba antes de que usted realice estos traslados a las citas médicas o a la farmacia. Para obtener la aprobación, llame al servicio de transporte de su CCO.



Para conocer cuál es el servicio de transporte local, llame a su CCO o ingrese a OHP.Oregon.gov. Haga clic en “[Traslados a citas médicas](#)”.

Programas para dejar de fumar

El OHP paga los servicios y los medicamentos necesarios para dejar de fumar, como lo siguiente:

- ▶ Tratamiento sustitutivo con nicotina (como goma de mascar o parches de nicotina);
- ▶ Medicamentos para dejar de fumar (como Chantix y Zyban); y
- ▶ Asesoramiento.

Para obtener más información, hable con su proveedor de atención primaria.

Línea para Dejar de Fumar de Oregon

Inglés 800-QUIT-NOW (800-784-8669)

Español 855-DEJELO-YA

TTY 877-777-6534

Internet www.quitnow.net/oregon

Cuidado de los ojos y la visión

El OHP cubre la atención médica de los ojos y los exámenes para detectar problemas en ellos.

Por lo general, el OHP no cubre los servicios para corregir la visión (como exámenes de la visión y anteojos), salvo en estos casos:

- ▶ Si tiene una condición ocular médica, como afaquia o queratocono, o ha tenido una cirugía reciente de cataratas, el OHP cubrirá los anteojos o los lentes de contacto.
- ▶ Para los niños, las mujeres adultas embarazadas de cualquier edad y los adultos de 18 a 20 años, el OHP cubre los exámenes de la visión y los anteojos o lentes de contacto.

Otros servicios de visión necesitan aprobación del OHP o de su CCO.

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

SERVICIOS LIMITADOS O NO CUBIERTOS

El Plan de Salud de Oregon (OHP) no cubre todos los tratamientos para todos los problemas de salud.

- ▶ Algunos servicios son limitados. Esto significa que solo están cubiertos para ciertas condiciones.
- ▶ Algunos servicios no están cubiertos. Esto significa que no forman parte de un paquete de beneficios del OHP o que, por lo general, no están cubiertos para ninguna condición.

El OHP tiene una lista de tratamientos y condiciones cubiertos, denominada “Lista Priorizada de Servicios de Salud”. Se encuentra en el sitio web OHP.Oregon.gov. Haga clic en “[Lista Priorizada de Servicios de Salud](#)”.

Autorización previa

Autorización previa significa que el OHP o su CCO deben aprobar un servicio antes de que usted pueda recibirlo. Los servicios que pueden necesitar una aprobación son los siguientes:

- ▶ Servicios dentales
- ▶ Equipos y suministros médicos duraderos (como sillas de ruedas, camas de hospital, sacaleches)
- ▶ Atención médica domiciliaria
- ▶ Estadías en el hospital
- ▶ Servicios de diagnóstico por imágenes (como Resonancias Magnéticas [Magnetic Resonance Imaging, MRI])
- ▶ Equipos y suministros médicos (como suministros para diabéticos, pañales, sondas)
- ▶ Servicios fuera del estado
- ▶ Fisioterapia o terapia ocupacional
- ▶ Medicamentos para la salud física que no figuran en la Lista de Medicamentos Preferidos ni en el formulario de su CCO
- ▶ Servicios del habla y del lenguaje
- ▶ Servicios de especialidad
- ▶ Trasplantes
- ▶ Servicios de la visión para mujeres adultas no embarazadas mayores de 21 años
- ▶ Servicios no cubiertos según la Lista Priorizada de Servicios de Salud

Nota: Esta no es una lista exhaustiva de los servicios que pueden requerir una autorización previa. Su médico sabrá si un servicio la requiere.

Los servicios de salud conductual no requieren una autorización previa.

Ejemplos de servicios no cubiertos

Lo que el OHP no paga, entre otros:

- ▶ Tratamiento para condiciones que puede cuidar en casa o que mejoran solas (resfriados, callos, durezas y algunas afecciones de la piel).
- ▶ Cirugías estéticas o tratamientos que son solo para modificar el aspecto.
- ▶ Tratamientos que no suelen funcionar.
- ▶ Servicios para ayudarla a quedar embarazada.
- ▶ Servicios que el OHP o su CCO consideran que no son necesarios en función de un análisis médico.

A veces, el OHP cubre el tratamiento de una condición que por lo general no está cubierta.

Esto sucede si el paciente tiene una condición cubierta que podría mejorar si se trata la afección que no está cubierta.

Los servicios de los proveedores que no pertenecen a la red del OHP no están cubiertos.

Esto significa que es posible que deba pagar la factura si:

- ▶ Usa los servicios de un proveedor que no acepta el OHP, o
- ▶ Está inscrito en una CCO, pero usa los servicios de un proveedor que no está en la red de esta CCO.

Servicios para niños o jóvenes menores de 21 años:

El OHP o su CCO deben cubrir todos los servicios necesarios para la salud y el desarrollo de estos. Estos servicios incluyen servicios limitados o no cubiertos para adultos. A partir del 1 de enero de 2023, el OHP puede cubrir algunos servicios para niños y jóvenes que antes no cubría.

Si los miembros del OHP menores de 21 años necesitan un servicio:

- ▶ Pregúntele al proveedor de atención médica de ellos sobre cómo recibir el servicio.
- ▶ El proveedor tendrá en cuenta las necesidades personales y la historia.
- ▶ Es posible que deban solicitar la aprobación del OHP o de la CCO.

Qué hacer si desea recibir un servicio no cubierto

Puede haber momentos en los que quiera recibir un servicio que no está cubierto. Cuando esto suceda, usted puede:

Buscar otras formas de recibir este servicio

- ▶ Solicite una segunda opinión. Puede encontrar otro proveedor que le cobre menos por el servicio.
- ▶ Para las recetas médicas, puede:
 - » Preguntarle a su médico si hay un medicamento menos costoso;
 - » Preguntar si un medicamento equivalente está cubierto;
 - » Preguntar si la receta médica en cuestión necesita una aprobación;
 - » Solicitarle a su médico muestras del medicamento de una determinada empresa farmacéutica; y
 - » Solicitar medicamentos gratuitos del Programa de Asistencia al Paciente de la empresa farmacéutica.
- ▶ Para otros servicios de atención médica, pregúntele a su proveedor:
 - » Si probó todas las demás opciones cubiertas disponibles para tratar su condición; y

- » Si hay un hospital, una facultad de medicina, una facultad de odontología, una organización de servicios, una clínica gratuita o un Departamento de Salud Pública del condado que podría brindarle este servicio o podría ayudar a pagarlo.

Aceptar pagar un servicio no cubierto

Para recibir un servicio que la OHA o su CCO/plan no cubren, usted y su proveedor deben firmar un formulario antes de recibir el servicio. El formulario debe incluir:

- ▶ El nombre o la explicación del servicio,
- ▶ El costo estimado del servicio,
- ▶ Una declaración de que el OHP no cubre el servicio, y
- ▶ Su firma, con la que acepta pagar la factura usted mismo.

El OHP ofrece a los proveedores tres formularios de Acuerdo de pago. Los proveedores pueden usar otros formularios, siempre y cuando incluyan la misma información que figura en estos tres formularios.

- ▶ [Acuerdo de pago de servicios de salud \(OHP 3165\)](#)
- ▶ [Acuerdo de pago de servicios de farmacia \(OHP 3166\)](#)
- ▶ [Acuerdo de pago de servicios de parto planificado en la comunidad \(OHP 4109\)](#)

Pregúntele a su proveedor si puede obtener una tarifa reducida por el servicio o un descuento por ser una persona que paga los servicios de forma privada.

Puede haber servicios de otros proveedores, como, por ejemplo, servicios de hospital, anestesia, terapia, laboratorio o rayos X, que estén relacionados con el servicio que necesita. También tendrá que pagar por ellos. Solicítele a su proveedor los nombres y los números de teléfono de los proveedores de estos servicios relacionados. Comuníquese con ellos para averiguar los costos de los servicios.

Su proveedor le informará si un servicio es limitado o no está cubierto. Pregunte qué opciones tiene. Si recibe una factura por un servicio que pensó que estaba cubierto, consulte las páginas de la 38 a la 40.

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

CÓMO USAR LOS BENEFICIOS

Ahora que tiene cobertura del OHP, aquí se mencionan algunos aspectos que lo ayudarán a recibir la atención que necesita:

- ▶ Tenga en la billetera su identificación del Plan de Salud de Oregon y sus tarjetas de la CCO. Es posible que en cada cita le pidan presentarlas.
 - » Si es su primer mes de cobertura con el OHP y aún no tiene sus tarjetas de identificación, llame al Departamento de Servicio al Cliente del OHP.
 - » El Departamento de Servicio al Cliente puede buscar su número de identificación y enviarle una identificación del Plan de Salud de Oregon nueva si la necesita.
 - » El Departamento de Servicio al Cliente también puede decirle cuál es su CCO, si tiene una.
- ▶ Elija un proveedor de atención primaria: este es el médico, el profesional de enfermería u otro proveedor que desea ver primero cuando tiene necesidades de atención médica. (También puede elegir que su primer contacto para recibir atención sea un proveedor de salud conductual).
- ▶ Programe citas para conocerlos y realizarse un control. No espere a estar enfermo.
- ▶ Para mantenerse sano, establezca un plan con sus proveedores. Realícese controles médicos todos los años.

Cómo encontrar al proveedor adecuado

Elija a su proveedor de atención primaria (PCP), dentista de atención primaria (primary care dentist, PCD) y proveedor de salud conductual. Su PCP, PCD y proveedor de salud conductual son importantes porque:

- ▶ Son sus primeros contactos cuando necesita atención médica, dental o de salud conductual, salvo que tenga una emergencia;
- ▶ Administran sus servicios y tratamientos médicos, dentales y de salud conductual; y
- ▶ Coordinan sus servicios especiales y su atención hospitalaria.

Hogares médicos centrados en el paciente

Una forma de obtener la mejor atención posible es elegir un hogar médico centrado en el paciente. Es un tipo de clínica de atención médica que lo convierte en la parte importante de su atención. Allí se mantienen los registros sobre su salud, los medicamentos que toma y sus necesidades. Allí se aseguran de que la atención médica, dental y de salud conductual que recibe sea la indicada para usted.

Para encontrar un hogar médico local, ingrese a OHP.Oregon.gov. Haga clic en “[Buscar un hogar médico centrado en el paciente](#)”.

Cómo elegir a sus proveedores

¿Cómo decide cuál es el proveedor adecuado para usted? Algunos aspectos que debe tener en cuenta:

1. Para encontrar un PCP, un PCD o un proveedor de salud conductual:
 - » Si está inscrito en una CCO, consulte el directorio de proveedores en el sitio web de su CCO. También puede llamar a su CCO. Para encontrar un PCD, llame al plan dental que figura en su tarjeta de identificación de la CCO.
 - » Si no está inscrito en una CCO, llame al Centro de Coordinación de Atención del OHP al 800-562-4620 (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.).
 - » Si ya tiene un proveedor con el que está conforme, pregunte a su CCO o al Centro de Coordinación de Atención del OHP si puede seguir acudiendo a ese proveedor. Si su proveedor no es una CCO o un proveedor del OHP, pregúntele a su proveedor si puede ser su proveedor del OHP. Si su proveedor presta servicios en otra CCO de su zona, pregúntele a su CCO o consulte al Departamento de Servicio al Cliente del OHP si puede cambiarse de CCO.
2. Hable con sus familiares, amigos y demás personas que conozca. Pregúnteles qué proveedores eligen o no eligen. Esto puede ayudarlo a elegir.
3. Si necesita ayuda especial de cualquier tipo, siempre pregunte. Por ejemplo, ¿en la clínica se habla mi idioma? Es posible que necesite que alguien le traduzca cuando realice una visita de atención médica.

Página 27 ¿Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

4. Elija algunos proveedores que crea que le agradan. Llame a sus consultorios y pregunte:
 - » Si aceptan pacientes nuevos;
 - » Si aceptan su cobertura (OHP, su CCO y cualquier otra cobertura que usted pudiera tener);
 - » Dónde atienden;
 - » Los horarios de atención;
 - » A qué distancia se encuentran de usted; y
 - » Si hay transporte público donde ellos se encuentran.
5. Elija un proveedor y programe una cita, aunque crea que no necesita hacerlo.
6. Si visita a proveedores de atención médica especiales para ciertas cosas, averigüe quién trabaja con su CCO, médico o dentista.
7. Recuerde: Si después de la cita decide que no le agradó el proveedor, puede elegir otro. Para hacerlo, llame a su CCO o al Centro de Coordinación del OHP.

- ▶ Por lo tanto, luego, será más fácil obtener ayuda si tiene un problema de salud.

Puede llevar algo de tiempo obtener la primera cita. Puede conocer al proveedor y a las personas que trabajan en su consultorio.

Cuando llame tenga a mano la identificación del Plan de Salud de Oregon, la identificación de la CCO y cualquier otra tarjeta de identificación de cobertura de salud.

Antes de la visita

Prepare lo siguiente para llevarlo a la visita:

- ▶ Una lista de todos los medicamentos que toma, incluida la dosis de cada uno;
- ▶ Una lista de las enfermedades o condiciones que sabe que tiene;
- ▶ Una lista de lo que quiere preguntarle al proveedor (Para esto, puede usar la Herramienta de planificación de visitas médicas que se encuentra en la página 29);
- ▶ Sus tarjetas de identificación del Plan de Salud de Oregon, de su CCO y cualquier otra tarjeta de cobertura de salud (como Medicare o seguros médicos privados). Si no las tiene, igualmente puede asistir a su visita de atención médica.

Citas de atención médica



Programación de citas

Es una buena idea programar una cita para ver a su nuevo proveedor apenas reciba su identificación del Plan de Salud de Oregon y sus tarjetas de CCO. Si no ha ido al médico en un año o más, es aun más importante que lo haga.

- ▶ Su proveedor conocerá sus necesidades de salud, y usted lo conocerá a él.

Si necesita ayuda para asistir a las citas

Es importante que asista a las citas de atención médica. Si no tiene un auto propio, puede hacer lo siguiente:

- ▶ Tomar el autobús,
- ▶ Pedirle a un amigo que lo lleve, o
- ▶ Acudir a un voluntario de un centro de servicio comunitario.

Si aún necesita ayuda, llame a su CCO local o al servicio de traslados local. Hágalo al menos dos días antes de la cita. Para conocer cuál es el servicio de transporte local, ingrese a OHP.Oregon.gov. Haga clic en "[Traslados a citas médicas](#)".

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Herramienta de planificación de visitas al médico

Llene la mitad superior de este formulario antes de ir al méd

¿Por qué vino hoy al médico?

¿Tiene preguntas sobre sus medicamentos?

¿Sobre qué más desea hablar hoy con el médico?

Pida al médico que llene la mitad inferior de este formulario durante la consulta

Fecha: _____ Estatura: _____ Peso: _____ IMC: _____ Presión arterial: _____

¿Qué pasos debo seguir para mejorar mi salud?

¿Qué más debo hacer por mi salud?

Cronograma:

- Examen de bienestar anual
- Examen de la vista
- Examen dental
- Mamografía
- Colonoscopia
- Vacunas
- Otro: _____

Hacerse estudios de:

- Alcoholismo
- Bienestar mental
- Colesterol
- Diabete
- Infección de transmisión sexual
- Otro: _____

Cambio de estilo de vida:

- Hacer más ejercicio
- Comer alimentos más saludables
- Dejar de fumar
- Otra: _____

¿Le está haciendo daño	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Le agradan sus trabajadores de apoyo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Le está robando alguna persona?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es necesario que revisemos los temas sobre los que hablamos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



Si necesita que alguien le traduzca durante la visita

Llame al consultorio. Solicite un intérprete de atención médica. Para obtener más información, lea la página 9 (“Acceso a diferentes lenguas o idiomas”).

Si no puede asistir a la cita

Avise al proveedor con antelación. El consultorio le asignará una nueva visita.

En la cita

Asegúrese de que los proveedores sepan a quién deben facturar. Para esto debe brindarles en cada visita toda la información de su cobertura de salud, incluida la información del seguro privado, el OHP y la CCO.

- ▶ Por ley, el OHP paga los costos de atención médica en último lugar. Esto significa que otro seguro pagará los servicios primero. El OHP pagará los costos restantes cuando no existiera otro seguro.
- ▶ Si recibe tratamiento por una lesión personal cubierta por la compensación para trabajadores, un seguro de auto o un acuerdo privado, indíquesele al proveedor.
- ▶ Si este conoce toda su cobertura de salud, deberá facturar a la cobertura correspondiente. Tampoco puede cobrarle ninguna parte de la factura que la cobertura ya haya pagado.
- ▶ Los proveedores solo pueden facturar al seguro o al OHP si saben que lo tiene. Si no saben que tiene seguro o el OHP, es posible que facturen los gastos a su nombre y esperen que usted los pague.

Informe al proveedor el motivo de la visita. Escuche con atención todo lo que este le diga y responda todas sus preguntas. Tome nota de todo lo que le diga.



También puede hacer preguntas. Estas son cuatro buenas preguntas para hacerle:

1. ¿Puede decirme de qué manera puedo estar más sano?
2. ¿Qué tengo que hacer para lograrlo?
3. ¿Por qué tengo que hacerlo?
4. ¿Cuándo tengo que regresar?

Si está confundido sobre algo, pregunte. Los proveedores están para responderle. Asegúrese de saber lo que debe hacer después de la visita. Pida una copia impresa de las notas que tomó en la visita.

Si necesita ayuda especial de cualquier tipo, siempre pídale

Es posible que se le pida que llene o firme formularios. Si no los entiende, pida ayuda. El consultorio de su proveedor debe ayudarlo a obtener la información de la manera que mejor se adapte a sus necesidades.

Después de la cita

Después de la cita, el proveedor enviará una factura a su cobertura de salud en el siguiente orden:

- ▶ Seguro médico privado
- ▶ Medicare
- ▶ OHP (su CCO, el plan dental o la OHA)

El proveedor es responsable de facturar correctamente. Si el proveedor conoce toda su cobertura de salud, usted no debería tener que ayudar al consultorio del proveedor a corregir ningún problema de facturación. Para obtener más información, consulte las páginas de la 38 a la 40 (“Si recibe una factura”).

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Solicitudes de autorización previa

Pídale al proveedor que consulte al OHP o a su CCO si usted puede recibir determinados servicios. Esto se denomina “Solicitud de autorización previa”. Si se rechaza la solicitud, usted y el proveedor recibirán un Aviso de determinación adversa de beneficios.

- ▶ Si cree que el OHP debería cubrir el servicio, puede pedirle a su CCO o a la OHA que vuelvan a revisar la solicitud. La revisión por parte de la CCO se denomina apelación. La revisión por parte de la OHA se denomina audiencia. Para obtener más información, consulte las páginas 35 y 36, (“Derechos sobre quejas, apelaciones y audiencias”).
- ▶ Si, después de la revisión por parte de la CCO y de la OHA, el OHP no cubre el servicio, puede elegir pagar el servicio usted mismo. Para obtener más información, consulte las páginas 25 y 26 (“Servicios limitados o no cubiertos”).

Surtido de recetas

- ▶ Presente una identificación con foto, como una licencia de conducir o un pasaporte.
- ▶ Presente todas sus tarjetas de identificación de cobertura de salud. Si aún no las tiene, indique en la farmacia que tiene el OHP.
- ▶ Su médico puede enviar electrónicamente la receta a su farmacia local.

Si tiene Medicare:

El OHP solo paga los medicamentos cubiertos que la Parte D de Medicare no cubre. Para obtener más información sobre Medicare y el OHP, consulte la página 41.

Si tiene un seguro privado:

Si tiene un seguro médico privado y el OHP, su plan de seguro debe trabajar con las farmacias que también puedan facturar al OHP. Si su farmacia puede facturarle a su seguro, pero no al OHP, informe esto a su plan de seguro. Pídale al plan que le indique qué farmacias también facturan al OHP.

Farmacia con envío a domicilio

Su CCO puede disponer del servicio de envío de pedidos de recetas por correo. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicio al Cliente de su CCO.

Si no está inscrito en una CCO, puede usar el programa Servicios de Farmacia con Envío a Domicilio del OHP para recibir medicamentos por correo, ya sea en su casa o en la clínica. Usted puede:

- ▶ Surtir las recetas por correo o por teléfono, o pedirle al proveedor que se las envíe;
- ▶ Obtener un suministro para tres meses a la vez si su proveedor de atención médica así lo receta; y
- ▶ Recibir las en el plazo de ocho a diez días.

Para registrarse para este servicio, llame al 800-552-6694 (de lunes a viernes, de 6 a.m. a 6 p.m., o los sábados, de 9 a.m. a 2 p.m.).



Programa de administración de farmacia

Si se lo asigna al Programa de administración de farmacia, usted debe surtir las recetas en una farmacia sin cita previa. Use la farmacia que figura en su carta de cobertura (consulte las páginas de la 12 a la 15). Se encontrará en la sección “Administración de farmacias” en la página “Inscripción en atención administrada/TPR” de su carta de cobertura.

Uso de otra farmacia

Puede surtir sus recetas en otra farmacia si tiene una necesidad urgente y:

- ▶ Su farmacia está cerrada;
- ▶ No puede ir a su farmacia, ni siquiera usando el servicio de transporte del OHP; o
- ▶ Su farmacia no dispone del medicamento recetado.

Cambio de una farmacia asignada

Si no quiere usar la farmacia que figura en su carta de cobertura, debe cambiarla en el plazo de los 30 días. Para hacerlo, llame al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Puede cambiar de farmacia en los siguientes casos:

- ▶ Si se muda,
- ▶ Si renueva el OHP, o
- ▶ Si la farmacia asignada en la carta de cobertura no le brinda servicios.

Atención de emergencia



Recibir atención en caso de una verdadera emergencia no requiere aprobación. Sin embargo, si usa una ambulancia o una Sala de Emergencias cuando su emergencia no es una verdadera emergencia, es posible que usted deba pagar los gastos.

Las Salas de Emergencias están destinadas a personas que sufren verdaderas emergencias. Esto quiere decir que, si no se trata de una verdadera emergencia, tal vez, deba enfrentar una larga espera, a veces de muchas horas, antes de que lo vea alguien.

Si no dispone de sus tarjetas de identificación

Diríjase a una Sala de Emergencias o llame al 911. Si no tiene sus tarjetas a mano, no espere. Indíquelo al personal de la Sala de Emergencias que es miembro del OHP. Si está inscrito en una CCO, indíquelo el nombre de esta. También proporcione cualquier otra cobertura que pueda tener. El personal de la Sala de Emergencias se comunicará con su médico si este necesita información adicional sobre usted.

Ambulancia

Si no tiene manera de llegar a una Sala de Emergencias, llame al 911 para solicitar una ambulancia.

Atención de urgencias

La atención de urgencias significa que usted requiere atención inmediata, pero no es necesario ir a una Sala de Emergencias. Los motivos para solicitar atención de urgencias podrían ser los siguientes:

- ▶ Quemaduras
- ▶ Infecciones de oído
- ▶ Esguinces
- ▶ Huesos quebrados.

La atención de urgencias no requiere una cita previa.

¿Atención de urgencias o Sala de Emergencias?

Si no sabe a cuál acudir, siga estos pasos. Si necesita un intérprete, infórmelo a la clínica.

1. Llame a su médico o a su dentista.
2. Si no logra comunicarse con ninguno de ellos, llame a su CCO o a su plan dental.
3. Si no está inscrito en una CCO, llame a la línea de asesoramiento del OHP al 800-562-4620 (TTY 711). Los profesionales de enfermería están allí todo el día y toda la noche, todos los días del año. Un profesional de enfermería puede ayudarlo a decidir a dónde dirigirse. Puede indicarle que se dirija a un centro de atención de urgencias o que espere para ver a su médico o a su dentista habitual.

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Cómo usar los beneficios

Atención de seguimiento

Después de recibir la atención de urgencias o de emergencia, llame lo antes posible a su médico o a su dentista. Indíquele a dónde lo trataron y por qué. Este le administrará la atención de seguimiento y programará una cita si la necesita.

La atención que recibe después de que termina la emergencia no es de emergencia. Si aún se encuentra fuera del estado y necesita atención de seguimiento, llame al Departamento de Servicio al Cliente de su CCO o del OHP. Este le dirá lo que tiene que hacer.

Servicios fuera de Oregon

Es posible que el OHP pague los servicios que recibe fuera de Oregon cuando:

- ▶ Se trate de una emergencia, o
- ▶ El servicio no esté disponible en Oregon, y su CCO o la OHA hayan aprobado el servicio.

El OHP no cubrirá **ningún** servicio de atención médica que reciba fuera de los Estados Unidos, Canadá y México.

Para todos los servicios que usted reciba fuera de Oregon, el proveedor debe aceptar la cobertura del OHP. Si el proveedor no la acepta, usted deberá pagar el costo de estos servicios.

Si necesita recibir servicios fuera de Oregon:

- ▶ En caso de una emergencia, asegúrese de que el hospital sepa que es miembro del OHP. Muestre su tarjeta de identificación de la CCO y la tarjeta de identificación del Plan de Salud de Oregon.
- ▶ Si no se trata de una emergencia y necesita recibir atención, su CCO o la OHA primero deben aprobar la prestación del servicio. Los servicios prestados fuera del estado requieren una autorización previa. Para obtener más información, consulte la página 25 (“Autorización previa”).



Página 33 ¿Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

AVISOS DE DETERMINACIÓN

Si su CCO o la OHA rechazan, interrumpen o reducen la cobertura de un servicio médico, dental, de salud conductual o de transporte que su proveedor haya solicitado, usted recibirá por correo un Aviso de determinación adversa de beneficios. En esta carta, se explica por qué el proveedor tomó esa decisión.

Estos avisos son importantes porque, si no está de acuerdo con las decisiones tomadas por su CCO o la OHA, estos le permiten solicitar que revisen las decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar esta revisión, consulte las páginas de la 35 a la 37 (“Derechos sobre quejas, apelaciones y audiencias”).

Información que los avisos de determinación deben incluir:

Cada aviso debe:

- ▶ Decir claramente que se trata de un Aviso de determinación adversa de beneficios;
- ▶ Mencionar una fecha de aviso;
- ▶ Mencionar una fecha de entrada en vigor;
- ▶ Mencionar al proveedor que ha solicitado el servicio, el tratamiento o el suministro;
- ▶ Explicar claramente por qué la CCO o la OHA tomaron esa decisión de cobertura;
- ▶ Presentar las Reglas administrativas de Oregon que se utilizaron para tomar la decisión;
- ▶ Proporcionar un número de contacto para que pueda solicitar la información que se utilizó para rechazar el servicio o el suministro solicitado; e
- ▶ Incluir un número de teléfono para llamar si tiene preguntas sobre la información del aviso, así como sus derechos de apelación y de audiencia.

También, el aviso debe incluir información sobre:

- ▶ Sus derechos de apelación, si no está inscrito en una CCO;
- ▶ La forma de apelar una decisión, si está inscrito en una CCO;
- ▶ Si se ha interrumpido un servicio/suministro, de qué forma puede seguir recibiéndolo mientras espera la apelación o la audiencia;
- ▶ Cómo solicitar una apelación o una audiencia acelerada (rápida).

Si le rechazan los servicios, pero no recibe el aviso:

Si su proveedor de atención médica le dice que deberá pagar un servicio que no está cubierto, solicite un Aviso de determinación adversa de beneficios que muestre que el servicio no está cubierto. Cuando lo reciba, puede solicitar una apelación a su CCO o una audiencia a la OHA (si no está inscrito en una CCO).

Si no recibe un aviso, pídale a su CCO o a la OHA que se lo envíe.

Estos avisos no quieren decir que usted deba pagar el servicio.

El objetivo de estos servicios es informarle que su CCO o la OHA no cubrirán el costo del servicio.

- ▶ Primero, puede solicitar a su CCO y a la OHA que revisen la decisión. Para obtener más información, consulte las páginas de la 35 a la 37 (“Derechos sobre quejas, apelaciones y audiencias”).
- ▶ Si aún requiere el servicio, deberá aceptar pagarlo antes de que el proveedor se lo proporcione o se lo facture a usted. Para obtener más información, consulte las páginas 25 y 26 (“Servicios limitados o no cubiertos”).

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

DERECHOS SOBRE QUEJAS, APELACIONES Y AUDIENCIAS

Cómo presentar una queja

Infórmenos si no está conforme con el Plan de Salud de Oregon (OHP) o con su CCO, el proveedor o los servicios. Puede hacerlo en cualquier momento. Por ejemplo, puede informarnos sobre:

- ▶ Problemas para programar una cita;
- ▶ Problemas para encontrar un proveedor en su zona;
- ▶ No sentirse respetado o comprendido;
- ▶ Un tratamiento sobre el que no estaba seguro, pero de todos modos recibió; o
- ▶ Facturas por servicios que no aceptó pagar.

Si está inscrito en una CCO

Llame al Departamento de Servicio al Cliente de la CCO o envíele una carta. El Manual para miembros de la CCO menciona las maneras en que puede presentar una queja.

La CCO le devolverá la llamada o le responderá la carta en un plazo de cinco días para informarle que se está trabajando en el asunto. Si la CCO necesita más tiempo, en la carta se indicará. La CCO debe tratar la queja en 30 días.

Si no está inscrito en una CCO o no está de acuerdo con la forma en que la CCO trató la queja

Llame al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557. También puede completar y enviar el Formulario de queja del OHP ([OHP 3001](#)). Puede encontrarlo en [OHP.Oregon.gov](#). Haga clic en "[Quejas y apelaciones](#)".

Apelaciones y audiencias

Si recibe un Aviso de determinación adversa de beneficios (Aviso) que le informa que se interrumpirá, reducirá o rechazará un servicio y usted no está de acuerdo, solicite a la CCO o a la OHA que revisen la decisión. En la carta, se le explicará cómo hacerlo.

- ▶ La revisión por parte de la CCO se denomina "apelación".
- ▶ La revisión por parte de la OHA se denomina "audiencia" o "audiencia imparcial del estado".

Después de la apelación o de la audiencia, la decisión puede cambiar o mantenerse firme.

Solo los miembros de la CCO pueden solicitar apelaciones.

Cómo apelar una decisión a la CCO

Llame a la CCO o complete el formulario de Solicitud de rechazo de servicios médicos ([OHP 3302](#)). La CCO incluirá este formulario cuando le envíe el aviso.

- ▶ Tiene derecho a solicitar a la CCO una apelación durante los 60 días posteriores a la fecha del aviso.
- ▶ En un plazo de 16 días, la CCO revisará la decisión y le enviará un Aviso de Resolución sobre la Apelación (Notice of Appeal Resolution, NOAR). Aquí se le informará si la decisión de la CCO ha cambiado o se mantiene firme.
- ▶ Llame a la CCO si requiere ayuda para solicitar una apelación.

Solicitud de la continuación de un servicio

Si el aviso es sobre un servicio que ya está recibiendo, es posible que pueda solicitar seguir recibéndolo, por lo que deberá:

- ▶ Solicitar a la CCO que continúe proporcionándole el servicio; y
- ▶ Solicitarlo durante los 10 días de la fecha de vigencia del aviso.

Si recibe el aviso después de la fecha de vigencia, llame a la CCO para preguntar qué debe hacer.

Si el revisor está de acuerdo con la decisión original, es posible que deba pagar los servicios que reciba después de la fecha de vigencia que figura en el aviso.

Solicitud de una apelación rápida (acelerada)

Usted y su proveedor pueden creer que usted tiene un problema médico, dental o de salud mental urgente que no puede esperar una apelación regular. Si es así, informe a su CCO que necesita una apelación rápida (acelerada).

Página 35 ¿Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Realice la solicitud a la CCO por teléfono o por fax. Incluya en ella una nota del proveedor o solicítele a este que llame para explicar el motivo de la urgencia. Si la CCO está de acuerdo en que se trata de una situación urgente, un miembro del personal le devolverá la llamada en las próximas 72 horas (tres días).

Cómo obtener una audiencia imparcial del estado

Todos los miembros del OHP pueden tener una audiencia con un juez de derecho administrativo de Oregon.

- ▶ En la audiencia, puede decirle al juez por qué no está de acuerdo con la decisión y por qué cree que el OHP debería cubrir los servicios. No necesita un abogado, pero puede tener uno si lo desea. También, puede pedirle a otra persona – como su médico, un amigo o un familiar– que lo acompañe.
- ▶ Si contrata a un abogado, debe pagar sus honorarios. Puede llamar a la Línea Directa de Beneficios Públicos (un programa de Legal Aid Services of Oregon y de Oregon Law Center) al 800-520-5292 (TTY 711) para obtener asesoramiento y la posible representación. Para obtener información sobre ayuda legal sin costo, consulte www.oregonlawhelp.org.

Encuentre en el siguiente enlace los formularios para audiencias que se mencionan abajo: OHP.Oregon.gov. Haga clic en “[Quejas y apelaciones](#)”.

Si está inscrito en una CCO

Puede tener una audiencia solo si:

- ▶ Ha completado el proceso de apelación de su CCO, y la apelación no logró modificar la decisión original; o
- ▶ La CCO demoró más de 16 días en tomar la decisión de la apelación.

Tendrá 120 días desde la fecha del Aviso de Resolución sobre la Apelación (NOAR) para solicitar una audiencia a la OHA.

Use el formulario disponible en línea en <https://bit.ly/ohp-hearing-form> para solicitar una audiencia. También puede completar el formulario [MSC 443](#) u [OHP 3302](#). La CCO incluirá este formulario en el NOAR.

Si no está inscrito en una CCO

Tendrá 60 días desde la fecha del aviso para solicitar una audiencia.

Para solicitar una audiencia, deberá completar el formulario MSC 443.

Si necesita una audiencia rápida (acelerada)

Usted y su proveedor pueden creer que usted tiene un problema médico urgente que no puede esperar una apelación regular del estado.

Use el formulario disponible en línea en <https://bit.ly/ohp-hearing-form> para solicitar una audiencia rápida. También puede enviar por fax el formulario de solicitud de audiencia ([OHP 3302](#)) a la Unidad de Audiencias del OHP al 503-945-6035. Incluya una nota del proveedor en la que explique el motivo de la urgencia. Si el OHP está de acuerdo en que se trata de una situación urgente, la Unidad de Audiencias lo llamará durante las próximas 72 horas (tres días).

Su proveedor puede ayudar

Cuando una CCO o la OHA rechazan la cobertura de los servicios que su proveedor solicitó, su representante autorizado o el proveedor pueden ayudarlo a solicitar una apelación o una audiencia.

Programa Ombuds de la OHA

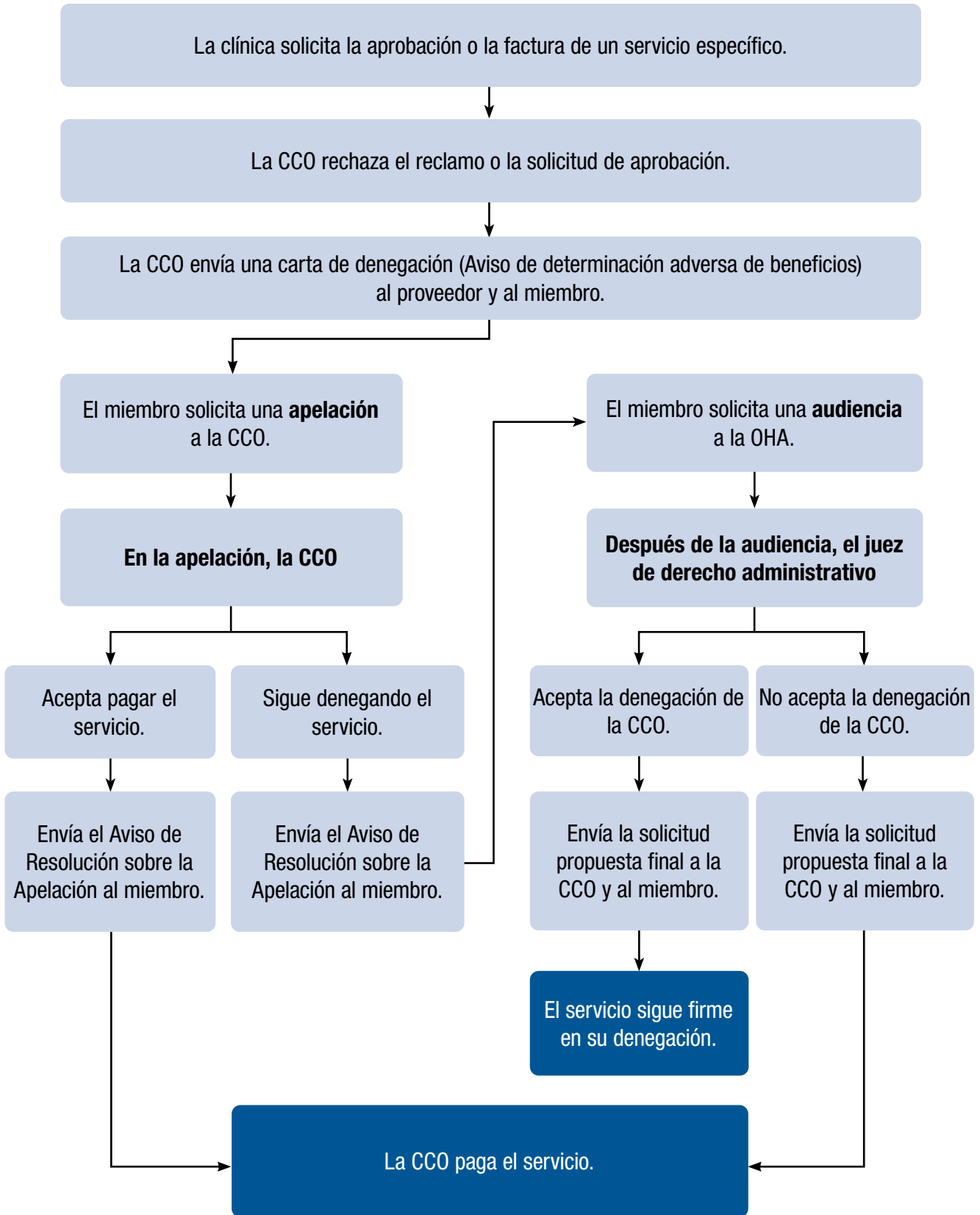
Si ha completado los pasos de queja, apelaciones y audiencias, y no está conforme con la manera en que el OHP o su CCO han abordado sus preocupaciones, puede solicitar ayuda al [Programa Ombuds \(Defensoría del Pueblo\) de la OHA](#):

Correo postal: 500 Summer St. N.E.
Salem, Oregon 97301
Fax: 503-947-2341
Número gratuito: 877-642-0450 (TTY 711)

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

DIAGRAMA DE APELACIONES Y AUDIENCIAS



SI RECIBE UNA FACTURA

Es posible que reciba una factura por los servicios de atención médica. Antes de pagarla, averigüe si realmente debe pagarla. Puede solicitarle a su proveedor, a la CCO o al Departamento de Servicio al Cliente del OHP que lo haga.

Aunque crea que no tiene que pagar, no pase por alto las facturas de atención médica. Muchos proveedores envían las facturas impagas a agencias de cobro. Algunos demandan a los pacientes en los tribunales para que les paguen. Es mucho más difícil solucionar el problema cuando eso sucede.

Tome medidas de inmediato. En esta sección, se explica cómo proceder con las facturas que pueda recibir.

Los miembros del OHP y de CWM no pagan los servicios cubiertos por Medicaid

Los proveedores no deben facturar a los pacientes los servicios cubiertos por Medicaid. La ley estatal (Ley Revisada de Oregon 414.066) exige que los proveedores no deben facturar los servicios a los miembros. La Ley Revisada de Oregon (Oregon Revised Statute, OAR) 410-120-1280(4-5) explica en qué casos los proveedores pueden y no pueden facturar los servicios a los miembros.

Debido a estas leyes, los proveedores pueden responsabilizarlo por el pago solo si se dan las siguientes condiciones simultáneas:

1. El proveedor acepta el OHP
2. La CCO, la OHA u otra cobertura de atención médica no cubren el servicio
3. Antes de recibir el servicio, usted firma el formulario del Acuerdo de pago (también llamado “exención”). Ese formulario incluye lo mismo que figura en los formularios de Acuerdo de pago del OHP (OHP 3166 para servicios de farmacia, OHP 4109 para servicios de parto planificado en la comunidad u OHP 3165 para otros servicios de atención médica), como lo siguiente:
 - a. El costo aproximado del servicio;
 - b. Una declaración de que el OHP no cubre el servicio; y

- c. Su firma para constatar que acepta pagar la factura.

Estas leyes lo protegen. Por lo general, son válidas solo si usted presentó su(s) tarjeta(s) de identificación en el consultorio del proveedor, o si el consultorio sabía que usted está inscrito en el OHP.

Proporcione a los proveedores toda la información de cobertura de salud, incluido el seguro del OHP, la CCO y el seguro médico privado que pueda tener, para que el consultorio pueda facturar correctamente. Si ya recibió el servicio y este está cubierto, el proveedor no deberá esperar que usted lo pague. Esto es así aun cuando el OHP, la CCO o el seguro médico privado no pagan.

Si usted es un Beneficiario Cualificado de Medicare (QMB), no es responsable de los copagos, los deducibles o los coseguros por los servicios de Medicare. El OHP los cubre. Los proveedores no deben facturarle a usted estos cargos ni exigirle que los pague.

En el caso de los servicios cubiertos que desea pagar de forma privada

Usted es responsable de pagar de forma privada un servicio cubierto si antes de recibirlo:

- ▶ El proveedor le dijo lo siguiente:
 - » Que el servicio estaba cubierto;
 - » Quién lo cubría (la OHA, su CCO/plan u otro pagador);
 - » Que el proveedor recibiría el pago en su totalidad por el servicio;
 - » El costo aproximado del servicio, incluidos todos los cargos relacionados;
 - » El monto que se le pagaría al proveedor por el servicio;
 - » Que el proveedor no puede facturarle a usted más que el monto pagado.
- ▶ Usted firmó un acuerdo para pagar el servicio y recibió una copia de este. El acuerdo debe:
 - » Presentar la información que su proveedor le proporcionó sobre el servicio;

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Si recibe una factura

- » Indicar que usted tenía que hacer preguntas, obtener más información y preguntarle sobre el servicio a su asistente social o al representante del cliente;
- » Indicar que usted aceptaba pagar el servicio de forma privada.

El proveedor no puede facturar a su CCO, a la OHA o a otros pagadores por ningún servicio que usted pague en virtud de este acuerdo.

Cartas que puede llegar a recibir

Su proveedor puede enviarle un estado de cuenta que muestre cuánto se facturó a su CCO o a su plan, o bien al OHP o al seguro médico privado. Otros pagadores también podrían enviarle estados de cuenta informándole cómo pagaron la factura. Un estado de cuenta del pagador se conoce como “Explicación de Beneficios” (Explanation of Benefits, EOB).

Estas cartas son informativas. No tiene que hacer nada. Dirán cosas como:

- ▶ “Esto no es una factura”.
- ▶ “No pague”.
- ▶ “Se ha facturado a su seguro”.
- ▶ “No tiene que hacer nada en este momento”.

Si recibe una carta que parece una factura, pero no dice estas cosas, es posible que su proveedor no esté al tanto de su cobertura de salud. Llámelo de inmediato para proporcionarle esta información. De esta forma, el proveedor podrá facturar correctamente.

Usted no debería tener que ayudar al consultorio del proveedor a corregir los problemas de facturación. Si el proveedor le pide ayuda de esta manera, llame al Departamento de Servicio al Cliente de su CCO o del OHP.

Si estuvo en el hospital, podría recibir estados de cuenta de otros proveedores

Si lo atendieron en un hospital, podría recibir numerosos estados de cuenta del hospital, del cirujano y de otros servicios, como análisis del laboratorio y rayos X. Es probable que reciba estados de cuenta de otros médicos que le administraron medicamentos o atención mientras estuvo allí. Nuevamente, esto no quiere decir que usted tenga que pagar.

Qué hacer cuando recibe una factura

Es posible que reciba una factura por servicios que el OHP o su seguro médico privado deberían cubrir. Actúe apenas reciba una factura por un servicio que recibió mientras era miembro del OHP. Siga estos pasos en este orden:

1. Llame de inmediato al consultorio del proveedor. Anote toda la cobertura de salud que tenía, incluido el OHP, cuando recibió el servicio. Proporcione al consultorio del proveedor todos sus números de identificación, incluidas la identificación del Plan de Salud de Oregon, la identificación de miembro de la CCO y la identificación del seguro médico privado. Solicite al personal que facture a estos recursos.
2. Si recibe una segunda factura, llame de inmediato a su CCO o al Departamento de Servicio al Cliente del OHP. Indique su número de identificación del Plan de Salud de Oregon. Indique que un proveedor le está enviando facturas por un servicio del OHP.
 - » Si tiene un seguro privado, también informe a la aseguradora sobre las facturas que recibe. Lo ayudarán con el pago de la factura.
 - » Esté preparado para enviar una copia de la factura a su CCO, a la aseguradora o al OHP si se la piden.
3. Si el pago de la factura no se resuelve, puede apelarla; para ello, envíe una carta a su CCO o al OHP.
 - » Escriba al OHP a P.O. Box 14015, Salem, OR 97309.
 - » La dirección de su CCO se encuentra en el sitio web de esta o en su tarjeta de identificación de miembro. En la página 53, encontrará la lista de los sitios web de las CCO.
 - » Si tiene un seguro médico privado, consulte a la aseguradora sobre el proceso de apelación.
 - » Indique en la carta que no está de acuerdo con la factura porque en ese momento tenía cobertura del OHP.
 - » Guarde una copia de la carta con una copia de la(s) factura(s) médica(s) para sus registros.
4. Llame al proveedor para asegurarse de que la factura esté paga.

Página 39 ¿Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

5. Si recibe algún documento del tribunal, llame de inmediato a su CCO o al Departamento de Servicio al Cliente del OHP. También puede llamar a un abogado o a la Línea Directa de Beneficios Públicos al 800-520-5292 (TTY 711) para solicitar ayuda y asesoramiento legal. Existen leyes del consumidor que lo protegen si se le exige incorrectamente pagar servicios mientras es miembro del OHP.

Si su CCO no resuelve el problema de facturación, llame al Departamento de Servicio al Cliente del OHP para solicitar ayuda.

Si recibe una factura de una agencia de cobro, siga los pasos 1 a 5 anteriores. Su CCO y el Departamento de Servicio al Cliente del OHP solo pueden ayudarlo con las facturas de la agencia de cobro si nos indica el nombre del proveedor, el nombre del paciente y la fecha del servicio.

Cuándo debe pagar

- ▶ Si el proveedor que visitó no acepta el OHP (antes de recibir atención médica o ir a una farmacia, asegúrese de que el proveedor acepte su(s) tarjeta(s) del seguro y que esté en la red de proveedores).
- ▶ Si no era miembro del OHP cuando recibió los servicios.
- ▶ Si antes de recibir un servicio firma un formulario de Acuerdo de pago por un servicio que el OHP no cubre.
- ▶ Si tiene un seguro privado y la aseguradora le reembolsa a usted (no al proveedor) el pago de los servicios de atención médica. (Debe devolver el pago al proveedor. Si el OHP pagó al proveedor por este mismo servicio antes de que esto suceda, debe devolver al OHP el pago que recibió).

Si tiene que pagar una factura, llame al proveedor. En caso de dificultad financiera, consulte si hay alguna ayuda para pagar la factura.

Más información de facturación

Estas reglas describen cómo los proveedores deben trabajar con la OHA, las CCO, los planes y los miembros para que se les pague a los miembros del OHP por los servicios. Puede encontrar estas reglas en OHP.Oregon.gov (haga clic en “Reglas sobre los servicios cubiertos”).

- ▶ Reglas generales (División 120 – Programas de Asistencia Médica): de 410-120-0000 a 410-120-1980
- ▶ Reglas del Plan de Salud de Oregon (División 141 – Plan de Salud de Oregon): de 410-141-3500 a 410-141-3965

Puede encontrar más información sobre facturación, pago de servicios, apelaciones y audiencias en OHP.Oregon.gov.



Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

EL PLAN DE SALUD DE OREGON Y MEDICARE

Cuando obtiene Medicare, sus beneficios del Plan de Salud de Oregon cambian o finalizan

En cuanto se entera de que tiene o tendrá Medicare, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de ONE al 1-800-699-7095 (711 TTY) o con la [Oficina del ODHS de su zona](#). Ellos lo ayudarán con el cambio.

- ▶ Algunos miembros del OHP con Medicare tienen el OHP con el beneficio de Medicamentos Limitados. Los cambios para estos miembros se encuentran en “Cambios para miembros del OHP con Medicare”.
- ▶ Es posible que otros miembros del OHP ya no califiquen para el OHP una vez que obtienen Medicare. Por ejemplo, los Beneficiarios Cualificados de Medicare solo obtendrán una identificación del Plan de Salud de Oregon para que la OHA pueda pagar los costos compartidos de Medicare (consulte “Gastos de bolsillo de los miembros de Medicare”).

Cambios para los miembros del Plan de Salud de Oregon con Medicare

El OHP puede ayudar a cubrir las primas de Medicare, los copagos y otras cosas que Medicare no cubre (como transporte a las citas y atención dental). Infórmenos antes de inscribirse en Medicare para que podamos ayudarlo.

Su inscripción en una CCO

El OHP inscribe a miembros de Medicare en CCO con cobertura médica, dental y de salud conductual. Si obtiene Medicare mientras está en el OHP, su inscripción en la CCO no cambiará. No es necesario que reciba atención médica por medio de su CCO.

Llame a su CCO local para obtener más información sobre cómo los beneficios de Medicare y del OHP pueden coexistir. Para encontrar una lista de las CCO en su país, ingrese a OHP.Oregon.gov. Haga clic en “[Buscar un plan de salud](#) (CCO)”.

Sus beneficios de medicamentos con receta

Sus beneficios del OHP no incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Si califica para un plan de medicamentos de la Parte D de Medicare, pero elige no inscribirse en él, deberá pagar los medicamentos que la Parte D de Medicare cubriría si lo tuviera. Para obtener más información sobre los beneficios del OHP, consulte las páginas de la 17 a la 24.

Sus opciones de CCO

Muchas CCO tienen el plan de Medicare Advantage que incluye la cobertura de la Parte D de Medicare. Las CCO también pueden ofrecer Planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (Dual Special Needs Plans, D-SNP) que administran los beneficios de OHP y de Medicare para los miembros. Estos planes tienen gastos de bolsillo bajos. Administran los beneficios de Medicare y Medicaid para brindar a los miembros atención integrada.

- ▶ Es posible que reciba una carta o una llamada telefónica del ODHS en la que se le pregunta si necesita ayuda para tomar estas decisiones.
- ▶ También puede llamar al Departamento de Conexión con Recursos para la Vejez y la Discapacidad (Aging and Disability Resource Connection, ADRC) al 855-673-2372 o al Centro de Servicio al Cliente de ONE al 1-800-699-9075 (711 TTY). Puede llamar y solicitar “consejería sobre decisiones”.

Gastos de bolsillo para miembros de Medicare

Si es un **Beneficiario Cualificado de Medicare (QMB)**, **no** es responsable de los costos de los copagos, deducibles o coseguros de la Parte A o B. Tampoco tiene que pagar ningún servicio cubierto por la Parte A o B de Medicare. Para obtener más información sobre qué hacer si un proveedor espera que usted pague una factura, consulte las páginas de la 38 a la 40.

- ▶ En la carta de cobertura de los QMB con cobertura del OHP, se menciona que **estos tienen el paquete de beneficios de QMB + OHP con Medicamentos Limitados**.

Página 41 ¿Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

- ▶ Los QMB sin cobertura del OHP solo tienen el paquete de beneficios para **Beneficiarios Cualificados de Medicare**.

Parte D de Medicare

- ▶ Los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare tiene copagos de \$1.30 a \$8.95.
- ▶ El OHP no paga a Medicare primas, deducibles o copagos de los servicios o planes con medicamentos de la Parte D de Medicare.

Muestre todas las tarjetas de identificación en las visitas al proveedor

Estas son sus identificaciones de Medicare, del Plan de Salud de Oregon, de Medicare Advantage, de la CCO o del plan, la tarjeta de Medigap y la tarjeta del plan de la Parte D de Medicare.

Si está en un centro para personas mayores mientras tiene la cobertura del Plan de Salud de Oregon

El Programa de Recuperación de Patrimonio puede cobrar dinero de su patrimonio cuando muera. Este dinero ayudará a volver a pagar al estado por su atención. Consulte las páginas 43 y 44 para obtener más información sobre este programa.

Ayuda para miembros de Medicare

- ▶ Llame al Departamento de Conexión con Recursos para la Vejez y la Discapacidad (ADRC) al 855-673-2372 o al Centro de Servicio al Cliente de ONE al 1-800-699-9075 (711 TTY).
- ▶ También puede llamar a la línea de Asesores de Beneficios de Seguro Médico para Personas Mayores (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA) al 800-722-4134. Los asesores de SHIBA lo ayudarán a comprender su atención y a tomar decisiones sobre ella.



Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

RECUPERACIÓN DE PAGOS

Cuando presentó la solicitud, aceptó que cualquier otro pago médico que recibiera iría al estado. Esto se llama “cesión de derechos”. Cuando el estado cobra estos otros pagos, se llama “recuperación de pagos”.

El estado se queda con el dinero que recauda de otros pagadores. Este dinero ayuda a otras personas a obtener la atención y los servicios que necesitan. También puede encontrar información relativa a la recuperación de pagos en OHP.Oregon.gov (haga clic en “[Sus derechos](#)”).

Recuperación de patrimonio

Después de que muere un miembro del OHP, el ODHS solicita el reembolso del costo de los servicios que el OHP cubrió después de los 55 años de las personas que recibían atención a largo plazo. Esto se conoce como “recuperación de patrimonio”. Las leyes federales y estatales así lo exigen.

Parte del dinero de la recuperación del patrimonio se destina a programas del ODHS para ayudar a otras personas. Otra parte se devuelve al gobierno federal para que Oregon pueda seguir recibiendo dinero federal para los programas de Medicaid.

¿Cuándo se aplica la recuperación del patrimonio?

La recuperación del patrimonio se aplica solo cuando el OHP ha pagado con fondos de Medicaid una parte o la totalidad del costo de la atención a largo plazo de un miembro. La atención a largo plazo puede brindarse en:

- ▶ Una residencia de vida asistida;
- ▶ Un centro de atención residencial;
- ▶ Un hogar de acogida para adultos;
- ▶ El domicilio;
- ▶ Una residencia para personas mayores;
- ▶ Un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo;
- ▶ Otros centros de atención a largo plazo similares.

¿Qué beneficios pueden recuperarse?

Todos los beneficios de Medicaid pagados desde los 55 años durante la atención a largo plazo del miembro, tales como:

- ▶ Todos los beneficios de atención a largo plazo;
- ▶ Los pagos a proveedores por servicios recibidos por pago por servicio;
- ▶ Los cargos mensuales pagados a una organización de atención coordinada;
- ▶ Los copagos, coseguros, primas y deducibles de Medicare pagados antes del 1.º de enero de 2010;
- ▶ El cargo mensual que la OHA pagó a Medicare por la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D del miembro.

Si el miembro del OHP estaba casado:

- ▶ El ODHS reclamará los beneficios de Medicaid de un miembro solo cuando el cónyuge del miembro del OHP muera.
- ▶ Después de eso, el ODHS reclamará el patrimonio del cónyuge en la medida que la ley lo permita.

Si el miembro del OHP formaba parte de una pareja de hecho:

Comuníquese con la Unidad de Administración de Patrimonio para obtener más información.

Si el miembro del OHP tiene hijos:

El ODHS no reclamará los beneficios de Medicaid si el miembro tiene hijos vivos con las siguientes características:

- ▶ Son menores de 21 años; o
- ▶ Están ciegos o discapacitados de manera permanente y total. La discapacidad debe cumplir con la definición de discapacidad total y permanente de la Administración del Seguro Social.

Esto solo se aplica a los hijos naturales o legalmente adoptados del miembro del OHP.

Si el miembro del OHP es nativo de América del Norte o de Alaska:

El ODHS no reclamará los beneficios de Medicaid de recursos tribales, tales como:

- ▶ Intereses e ingresos provenientes de tierras o recursos tribales;
- ▶ Propiedades tribales, incluida la propiedad tribal en una reserva reconocida o cerca de ella;
- ▶ Elementos de significado religioso, espiritual, tradicional y cultural exclusivos.

Para obtener más información, consulte la Regla Administrativa de Oregon 461-135-0837.

Exenciones en caso de dificultad financiera

Cualquier persona que reciba dinero u objetos de valor después de la muerte del miembro del OHP puede solicitar al ODHS que renuncie a la recuperación del patrimonio. La persona debe cumplir los requisitos de una exención por dificultad financiera. Existen plazos importantes para las exenciones por dificultad financiera. Comuníquese de inmediato con la Unidad de Administración de Patrimonio.

Para obtener más información sobre la recuperación de patrimonio

Este es un resumen de cómo se recupera el patrimonio de los beneficios recibidos a partir del 1.º de octubre de 2013. La ley y las reglas pueden cambiar sin aviso previo. Para obtener más información sobre, por ejemplo, cómo funcionan los beneficios de Medicare recibidos antes del 1.º de octubre de 2013:

- ▶ [Consulte el folleto del Programa de Recuperación del Patrimonio \(MSC 9093\)](#).
- ▶ Consulte también las Reglas Administrativas de Oregon 461-135-0832 a 461-135-0847.

Si aún tiene preguntas, póngase en contacto con:

ODHS Estate Administration Unit
 P.O. Box 14021, Salem, OR 97301
 800-826-5675 (número gratuito dentro de Oregon)
 503-378-2884/TTY: 711
 Fax: 503-378-3137.

Apoyo médico

Si un niño que vive con usted está incluido en el Plan de Salud de Oregon y uno o ambos padres del niño no viven con usted, usted le da permiso al estado para que:

- ▶ Investigue sobre los padres ausentes del niño e
- ▶ Inscriba al niño en el seguro médico de los padres o haga que los padres paguen la cobertura del OHP del niño.

Si tiene inquietudes sobre la seguridad de los padres ausentes, infórmenos que no los contactemos. Para hacerlo, llame al Centro de Servicio al Cliente de ONE al 800-699-9075 (TTY 711).

Lesiones personales o accidentes

Si tiene la intención de presentar un reclamo por un accidente, una lesión o una negligencia médica, infórmenos de inmediato. Al presentar un reclamo, es posible que alguien más deba reembolsar al OHP los pagos por la atención médica relacionados con su reclamo.

- ▶ Este reembolso podría provenir del seguro privado, del seguro de auto o de otra fuente.
- ▶ Esto se aplica desde la fecha de la lesión hasta la fecha en que se paga el reclamo.

Si no nos informa sobre un reclamo o los pagos que pueda recibir en función de ese reclamo, la OHA o su CCO podrían tomar acciones legales contra usted. Podemos presentar una demanda o exigirle un sobrepago, o bien puede perder sus beneficios.

Para informar una lesión personal

Informe los reclamos actuales o su intención de presentar un reclamo en www.reportinjury.org. Si tiene preguntas, comuníquese con:

ODHS Personal Injury Liens Unit
 P.O. Box 14512, Salem, OR 97309
 Número gratuito: 800-377-3841
 503-378-4514 (Salem) TTY 711

Si está inscrito en una CCO, también debe informar el reclamo a la CCO. La información de contacto de las CCO se encuentra en la página 53.

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

TOMA DE DECISIONES SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA

Usted puede decidir sobre su propia atención. Hasta puede negarse a recibir tratamientos. Si está consciente y alerta, puede indicarles a sus proveedores lo que necesita. Pero ¿qué sucede si no puede hacerlo? Esto podría suceder si su mente o su cuerpo se enferman o dañan considerablemente.

Existen tres tipos de formularios que puede completar para garantizar que se conozcan sus deseos:

- ▶ **Para las decisiones en la etapa final de la vida**, el formulario de voluntades anticipadas (el testamento vital) y las Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST);
- ▶ **Para recibir atención durante una crisis de salud mental**, la Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental.

Completar estos formularios es su decisión. Si decide no completar ni firmar estos formularios, esto no afectará la cobertura de su plan médico o su acceso a la atención. A continuación, encontrará más información sobre estos formularios.

También puede encontrarlos en OHP.Oregon.gov (haga clic en “[Sus derechos](#)”).

Decisiones en la etapa final de la vida

Formulario de voluntades anticipadas (testamento vital)

Por medio de este formulario, puede decidir y dejar asentado (ahora) la atención que quiere recibir cuando la necesite. Es posible que no quiera recibir ciertos tipos de tratamiento, como un respirador o una sonda de alimentación que lo mantenga con vida. Puede asentar esto en un formulario de voluntades anticipadas.

Puede obtener un formulario de voluntades anticipadas sin costo en la mayoría de los hospitales y proveedores. También puede [encontrarlo en línea](#).


Si redacta sus voluntades anticipadas, asegúrese de que su familia y sus proveedores estén al tanto. Dele una copia a cada uno. Solo podrán seguir sus indicaciones si cuentan con ellas.

Sus voluntades anticipadas también le permiten designar a una persona para que se encargue de su atención médica. Esta persona es su “representante de atención médica”. No es necesario que esta persona sea un abogado o un profesional de la salud. Debe elegir a alguien que conozca muy bien sus deseos. La persona que elija debe aceptar por escrito ser su representante de atención médica.

Si cambia de opinión, puede anular sus voluntades anticipadas en cualquier momento. Para anularlas, recupere las copias y destrúyalas. O bien escriba “ANULADO” en letras grandes en el formulario, y firme y feche todas las copias. Si su proveedor o el hospital tienen una copia electrónica, pídale al personal que la elimine.

Si tiene preguntas o requiere más información, llame a Oregon Health Decisions al 800-422-4805 o al 503-692-0894 (TTY 711).

Nota: Es posible que algunos proveedores no acaten las voluntades anticipadas por motivos religiosos. Pregúnteles a sus proveedores si acatarán las suyas.



OFICINA DEL DIRECTOR
Oficina del Director de Salud Pública del Estado

Directivas anticipadas para la atención médica de Oregon

Este formulario de directivas anticipadas le permite a usted:

- Compartir sus valores, creencias, objetivos y deseos relacionados con la atención médica si no es capaz de expresarlos por sí mismo.
- Designar a una persona para que tome sus decisiones médicas si no puede hacerlo por sí mismo. Esta persona será su representante de atención médica y debe estar de acuerdo en asumir este cargo.

Asegúrese de hablar acerca de sus directivas anticipadas y deseos con su representante de atención médica. Esto les permitirá tomar decisiones que reflejen sus deseos. Se recomienda que llene todo el formulario.

Puede encontrar el formulario de directivas anticipadas para Atención Médica de Oregon y su guía para las directivas anticipadas de Oregon en el sitio web del Oregon Health Authority.

- En las secciones 1, 2, 5, 6 y 7, usted nombra a un representante de atención médica.
- En las secciones 3 y 4 proporciona instrucciones sobre su cuidado.

El formulario de directivas anticipadas le permite expresar sus preferencias de atención médica. Este formulario no es lo mismo que las Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment (POLST, por sus siglas en inglés)) tal como se definen en los Estatutos Revisados de Oregon (Oregon Revised Statutes (ORS, por sus siglas en inglés)) 127.663. Puede obtener más información acerca de POLST en su guía para las directivas anticipadas de Oregon.

Este formulario puede usarse en Oregon para elegir a una persona que tome decisiones de atención médica por usted, si se encuentra muy enfermo para hablar por sí mismo o no es capaz de tomar sus propias decisiones médicas. Esta persona se denomina representante de atención médica. Si no ha designado a un representante de atención médica vigente y se encuentra muy enfermo para hablar por sí mismo, se le designará un representante de atención médica según el orden de prioridad establecido en los ORS 127.635 (2) y esta persona solo puede decidir retener o retirar los tratamientos de soporte vital si cumple con una de las afecciones establecidas en los ORS 127.635 (1).

Este formulario también le permite expresar sus valores y creencias en cuanto a sus decisiones y preferencias de atención médica.

1 OHA390512172021 Spanish

Página 1 del formulario de voluntades anticipadas de Oregon

Página 45 ¿Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida (POLST)

Este formulario es para pacientes que:

- ▶ Se espera que mueran en el período de un año;
- ▶ Es probable que atraviesen una crisis médica; y
- ▶ Quieren que sus proveedores sepan qué tratamientos de emergencia quieren y no quieren recibir.

El médico del paciente decidiría si las POLST satisfacen las necesidades de estos. Obtenga más información sobre este formulario en el [sitio web de las POLST](#).

Los pacientes sanos deben utilizar el formulario de voluntades anticipadas en lugar del formulario de POLST para expresar sus decisiones de tratamiento en la etapa final de la vida.

HIPAA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS & ELECTRONIC REGISTRY AS NECESSARY FOR TREATMENT			
Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)			
Follow these medical orders until orders change. Any section not completed implies full treatment for that section.			
Patient Last Name:		Patient First Name:	Patient Middle Name: Last 4 SSN: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Address: (street / city / state / zip):		Date of Birth: (mm/dd/yyyy) / /	Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
A <i>Check One</i>	CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): <i>Unresponsive, pulseless, & not breathing.</i>		
	<input type="checkbox"/> Attempt Resuscitation/CPR <input type="checkbox"/> Do Not Attempt Resuscitation/DNR		
	If patient is not in cardiopulmonary arrest, follow orders in B and C.		
B <i>Check One</i>	MEDICAL INTERVENTIONS: <i>if patient has pulse and is breathing.</i>		
	<input type="checkbox"/> Comfort Measures Only. Provide treatments to relieve pain and suffering through the use of any medication by any route, positioning, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. <i>Patient prefers no transfer to hospital for life-sustaining treatments. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.</i> Treatment Plan: Provide treatments for comfort through symptom management.		
	<input type="checkbox"/> Limited Treatment. In addition to care described in Comfort Measures Only, use medical treatment, antibiotics, IV fluids and cardiac monitor as indicated. No intubation, advanced airway interventions, or mechanical ventilation. May consider less invasive airway support (e.g. CPAP, BiPAP). <i>Transfer to hospital if indicated. Generally avoid the intensive care unit.</i> Treatment Plan: Provide basic medical treatments.		
	<input type="checkbox"/> Full Treatment. In addition to care described in Comfort Measures Only and Limited Treatment, use intubation, advanced airway interventions, and mechanical ventilation as indicated. <i>Transfer to hospital and/or intensive care unit if indicated.</i> Treatment Plan: All treatments including breathing machine.		
	Additional Orders: _____		
C <i>Check One</i>	ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: <i>Offer food by mouth if feasible.</i>		
	<input type="checkbox"/> Long-term artificial nutrition by tube. <input type="checkbox"/> Defined trial period of artificial nutrition by tube. <input type="checkbox"/> No artificial nutrition by tube.		
	Additional Orders (e.g., defining the length of a trial period): _____		
D <i>Must Fill Out</i>	DOCUMENTATION OF DISCUSSION: (REQUIRED) <i>See reverse side for add'l info.</i>		
	<input type="checkbox"/> Patient (If patient lacks capacity, must check a box below)		
	<input type="checkbox"/> Health Care Representative (legally appointed by advance directive or court)		
	<input type="checkbox"/> Surrogate defined by facility policy or Surrogate for patient with developmental disabilities or significant mental health condition (Note: Special requirements for completion- see reverse side)		
	Representative/Surrogate Name: _____		Relationship: _____
E	PATIENT OR SURROGATE SIGNATURE AND OREGON POLST REGISTRY OPT OUT		
	Signature: <i>recommended</i> _____		This form will be sent to the POLST Registry unless the patient wishes to opt out, if so check opt out box: <input type="checkbox"/>
F <i>Must Print Name, Sign & Date</i>	ATTESTATION OF MD/DO/NP/PA (REQUIRED)		
	By signing below, I attest that these medical orders are, to the best of my knowledge, consistent with the patient's current medical condition and preferences.		
	Print Signing MD/DO/NP/PA Name: <i>required</i> _____	Signer Phone Number: _____	Signer License Number: (optional) _____
	MD/DO/NP/PA Signature: <i>required</i> _____	Date: <i>required</i> _____	Office Use Only
SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED SUBMIT COPY OF BOTH SIDES OF FORM TO REGISTRY IF PATIENT DID NOT OPT OUT IN SECTION E			
<small>© CENTER FOR ETHICS IN HEALTH CARE, Oregon Health & Science University 2014</small>			

Página 1 del formulario de POLST

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Declaración para el tratamiento de la salud mental

Este formulario indica el tipo de atención que usted quiere recibir si no puede tomar decisiones sobre la atención de su salud mental. Puede completarlo mientras pueda comprender y tomar decisiones sobre su atención. Un tribunal y dos médicos pueden decidir si usted no está apto para tomar decisiones sobre el tratamiento de su salud mental.

En la Declaración para el tratamiento de la salud mental, usted elige los tipos de atención que quiere y no quiere recibir. Por medio de ella, puede designar a un adulto para que tome decisiones sobre su atención. La persona que designe debe aceptar hablar por usted y acatar sus deseos. Si sus deseos se desconocen, esta persona decidirá por usted.

La declaración tiene validez solo por tres años. Si durante esos tres años perdiera la capacidad para decidir sobre su atención, su declaración seguirá siendo válida hasta que pueda volver a tomar decisiones. Puede cambiar su declaración o anularla cuando pueda comprender y tomar decisiones sobre su atención. Entregue el formulario a su proveedor de atención primaria y a la persona que designe para que tome decisiones por usted.

La [OHA 9550](#) contiene las instrucciones y el formulario para realizar la [Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental](#).

Si no se acatan sus deseos

Si su proveedor no acata los deseos que ha establecido en este formulario, puede llamar al 971-673-0540 (TTY 711) o enviar una queja a:

Health Care Regulation and Quality Improvement
800 N.E. Oregon St., #465
Portland, OR 97232
Correo electrónico: mailbox.hclrc@odhsoha.oregon.gov

Para obtener los formularios de presentación de quejas e información adicional, ingrese a OHP.Oregon.gov. Haga clic en "[Quejas y apelaciones](#)".

Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental

Yo, _____, siendo una persona adulta con pleno goce de mis facultades mentales, efectúo, de forma voluntaria, esta **Declaración** para el tratamiento de mi salud mental. Quiero que esta **Declaración** se siga si el tribunal o dos médicos determinasen que no gozo de las facultades necesarias para tomar mis propias decisiones debido a que mi habilidad para recibir y evaluar información de forma efectiva o para comunicar decisiones se ve menoscabada al grado de carecer yo la facultad para rechazar o autorizar tratamiento para mi salud mental. Por "tratamiento de la salud mental" se entiende el tratamiento de enfermedades mentales con psicoactivos, internamiento en un centro de salud por un período de hasta 17 días, terapia convulsiva y servicios ambulatorios que se indiquen en esta **Declaración**.

Selección de persona encargada de tomar decisiones

Si perdiese la capacidad para dar o para abstenerme de dar mi consentimiento informado para el tratamiento de mi salud mental, quiero que tales decisiones sean tomadas por: (COLOQUE SUS INICIALES SÓLO JUNTO A UNA OPCIÓN)

_____ El Representante que he designado, de forma congruente con mis deseos o, si mi Representante desconoce mis deseos, de manera que mi Representante considere es lo mejor para mí.

_____ Por el proveedor de mi tratamiento de salud mental quien requiere de mi consentimiento para poder tratarme, pero sólo según lo autorizado de forma específica en la presente **Declaración**.

Página 1 de la Declaración para el Tratamiento de la Salud Mental de Oregon

MIEMBROS DE LA ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN COORDINADA



Necesita ayuda?

Página 48

Miembros de Pago por Servicio (Fee-for-service, FFS): llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

MIEMBROS DE LA ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN COORDINADA

Las Organizaciones de Atención Coordinada (CCO) son planes de su región que lo ayudan a usar sus beneficios del Plan de Salud de Oregon (OHP). Una CCO se conforma por un grupo local de proveedores, tales como médicos, consejeros y dentistas que trabajan juntos para preservar su salud.

Esto significa que independientemente de dónde reciba la atención, su CCO lo conoce. Su CCO puede trabajar con usted para garantizar que se mantenga sano.

En esta sección, se resumen las maneras en las que las CCO pueden ayudar a los miembros del OHP. Los miembros de las CCO pueden consultar el Manual para miembros de las CCO para obtener más información.

De qué manera las CCO cuidan de usted

En lugar de tratarlo solo cuando se enferma, las CCO trabajan junto con usted para que se mantenga sano. Las CCO lo ayudan a manejar sus condiciones médicas. Proporcionan servicios adicionales a miembros con condiciones crónicas, como diabetes, asma y enfermedades cardíacas, o a miembros con otras necesidades de salud.

- ▶ Las CCO pueden brindar y cubrir algunos beneficios que el OHP no cubre, como las clases para bajar de peso.
- ▶ Usted y su familia pueden obtener atención médica, dental y de salud conductual cuando la necesiten.

Las CCO pueden:

- ▶ Brindarle un equipo de atención médica para trabajar juntos;
- ▶ Ayudar a sus cuidadores y familiares para que se sumen al equipo;
- ▶ Ayudarlo a evitar pruebas que ya se realizó o servicios que ya recibió o que realmente no necesita;
- ▶ Brindarle las herramientas y el apoyo que necesita para mantenerse sano; y
- ▶ Darle consejos fáciles de entender y seguir.

Asistentes de cuidado

Las CCO tienen personas que ayudan con el cuidado. Estas personas están formadas para ayudarlo a obtener la atención adecuada en función de las necesidades especiales de su familia.

Existen varios tipos de asistentes de cuidado, entre los que se encuentran coordinadores de cuidados intensivos, trabajadores de salud de la comunidad, asistentes sociales, especialistas de apoyo (incluidos los especialistas de apoyo a la familia y a los jóvenes), asesores de salud y facilitadores de la salud personal.

Qué pueden hacer los asistentes de cuidado por usted

Un asistente de cuidado puede ayudarlo a:

- ▶ Buscar un médico, un dentista, alimentos o un refugio;
- ▶ Planificar su alta hospitalaria;
- ▶ Administrar sus medicamentos;
- ▶ Conseguir el equipo que necesita;
- ▶ Controlar una condición médica, como, entre otras:
 - » Diabetes,
 - » Asma,
 - » Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC),
 - » Insuficiencia cardíaca congestiva,
 - » Enfermedad de las arterias coronarias,
 - » Depresión, o
 - » Dolor crónico.

El objetivo de los asistentes es mantenerlo sano en su casa. Las personas que reciben este tipo de ayuda acuden menos a la Sala de Emergencias. Pasan más tiempo en su casa. Un asesor de salud puede trabajar con usted para ayudarlo a mejorar su salud. Puede aprender una mejor manera de trabajar con sus médicos y obtener todos los servicios que necesita.

Página 49 ¿Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Servicios de Coordinación de Cuidados Intensivos (Intensive Care Coordination Services, ICCS)

Los ICCS, también conocidos como la Coordinación de la Atención Médica para Necesidades Excepcionales, pueden ayudar a los miembros de la CCO que están discapacitados o tienen:

- ▶ Varias condiciones crónicas,
- ▶ Una gran necesidad de atención médica, o
- ▶ Necesidades especiales de atención médica.

Los ICCS ayudan a los miembros de la CCO que son mayores o que tienen discapacidades o necesidades especiales a:

- ▶ Comprender cómo funciona su CCO;
- ▶ Encontrar un proveedor que pueda ayudarlos con sus necesidades especiales de atención médica;
- ▶ Obtener una cita oportuna con un proveedor de atención primaria, dentista, especialista u otro proveedor de atención médica;
- ▶ Obtener los equipos, suministros o servicios que necesitan; y
- ▶ Coordinar la atención que les proporcionan sus médicos, otros proveedores, organismos de apoyo a la comunidad y organismos de servicios sociales.

Para solicitar un asistente de cuidado:

Llame al Departamento de Servicio al Cliente de su CCO.

Recompensa a los proveedores por mantenerlo sano

Las CCO pueden recompensar a sus proveedores por mantenerlo con salud. No pueden recompensarlos por limitar los servicios o las remisiones que le brindan. Si desea conocer las recompensas que otorga su CCO, consúltelo con esta.

Participación en las actividades de la CCO

Su CCO tiene un Consejo Asesor Comunitario (Community Advisory Council, CAC). La mayoría de los miembros del Consejo son miembros del OHP. Otros miembros pertenecen a organismos y a grupos locales que prestan servicios a los miembros del OHP.

Todos los miembros de la CCO pueden asistir a las reuniones del CAC. Puede conocer lo que

está haciendo su CCO para la comunidad. Puede informarle a su CCO cómo le está yendo, ya sea como miembro de la comunidad o como miembro del CAC.

Si le interesa ser miembro del CAC, llame al Departamento de Servicio al Cliente de su CCO para presentar su solicitud.

Para más información sobre los CAC, visite OregonCAC.com.

Cuando se une a una CCO

Su CCO le enviará un paquete de bienvenida por correo. Este contiene sus tarjetas de identificación de la CCO y el Manual para miembros.

La CCO puede incluir su plan dental en la tarjeta de identificación de la CCO, o bien el plan dental puede enviarle su propia tarjeta de identificación.

- ▶ Cada miembro de la familia puede elegir un PCP y un PCD diferente.
- ▶ Si no elige un PCP o un PCD, la CCO podría elegirlos por usted.

La CCO le enviará una carta sobre su PCP. Le indicará el nombre y la información de contacto de su PCP. Si desea cambiar el PCP, consúltelo con la CCO.

La CCO o el plan dental también le enviarán una carta sobre su PCD.

Si no recibe el paquete de bienvenida o extravía su tarjeta de identificación

Llame al Departamento de Servicio al Cliente de su CCO para solicitar un paquete y una tarjeta de identificación de la CCO nuevos.

Qué cubren las CCO

Su CCO paga su atención médica. Para la mayoría de las personas, la CCO paga los servicios médicos, dentales y de salud conductual (salud mental y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias).

Si su CCO planea cambiar la forma en que usted recibe los servicios cubiertos, la CCO le enviará una carta al menos 30 días antes del cambio. El cambio de su proveedor de atención primaria es un ejemplo de esto.

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

Las CCO cubren servicios de los proveedores de su red

Usted debe usar proveedores que formen parte de la red de proveedores de la CCO. Una red es un grupo de proveedores que aceptan prestar sus servicios a los miembros de la CCO.

Su CCO le indicará si debe acudir a algún proveedor específico para obtener servicios específicos. De lo contrario, es libre de elegir el proveedor de la red que mejor le parezca. Consulte con su CCO acerca de los proveedores que puede ver.

Atención especializada

La atención especializada es la atención que no puede brindarle su PCP. En la mayoría de los casos, si necesita atención especializada, su PCP lo remitirá a un especialista. Su CCO puede decirle qué servicios requieren remisión de parte de su PCP.

Sin embargo, no necesita una remisión para estas cosas. En cambio, puede ver a cualquier proveedor de la red de su CCO para:

- ▶ Obtener ayuda para dejar de fumar;
- ▶ Obtener ayuda con la adicción al alcohol o a las drogas (servicios para trastornos por consumo de sustancias);
- ▶ Recibir servicios de salud mental; y
- ▶ Recibir servicios de salud reproductiva (anticonceptivos, vasectomías, ligaduras de trompas, abortos).

Es posible que su CCO también deba aprobar la atención especializada.

Si quiere obtener un servicio que su CCO no cubre

Tendrá que pagar por el servicio si un proveedor de la red no lo proporciona o si la CCO no lo cubre.

Para obtener más información, consulte las páginas 25 y 26 (“Servicios limitados o no cubiertos”).

Cuándo puede cambiar de CCO

Los miembros nativos de América del Norte y de Alaska pueden unirse, cambiar o dejar su CCO en cualquier momento.

Todos los demás miembros pueden cambiar su CCO en los siguientes momentos, siempre que haya otra CCO abierta en la región donde se encuentran:

- ▶ Si es nuevo en el Plan de Salud de Oregon, durante los primeros 90 días después de inscribirse;
- ▶ Si ha formado parte del OHP anteriormente, durante los primeros 30 días después de inscribirse en una CCO;
- ▶ Si se muda a un lugar donde su CCO no presta servicios, apenas informe al Centro de Servicio al Cliente de ONE sobre la mudanza;
- ▶ Si renueve su cobertura del OHP (por lo general, una vez al año);
- ▶ Si tiene un motivo médico importante que el OHP haya aprobado;
- ▶ Por cualquier otro motivo, una vez al año.

Para los miembros de Medicare, el cambio se producirá apenas la OHA lo apruebe. Para todos los demás miembros, el cambio se producirá al final de ese mes.

Nota: Solo algunas regiones de Oregon tienen más de una CCO. Esto quiere decir que la mayoría de los condados no permiten que se cambie de CCO.

Para conocer las CCO locales en su área

Visite OHP.Oregon.gov y haga clic en “[Buscar un plan de salud](#) (CCO)”. Allí encontrará una lista de las CCO en su condado. La lista indica qué plan está abierto o cerrado para su inscripción.

- ▶ Si un plan está abierto para inscribirse en él, puede elegir esa CCO.
- ▶ Si un plan está cerrado, no podrá elegir esa CCO.

Consejos para elegir una CCO y un plan dental

- ▶ Llame al consultorio o a la clínica del médico que tiene ahora (si tiene uno). Pregunte qué plan del OHP acepta el proveedor.
- ▶ Averigüe si los proveedores de la CCO están cerca de donde usted vive.
- ▶ Busque las CCO en su zona. Llámelas o visite sus sitios web para saber a qué médicos, profesionales de enfermería, clínicas, hospitales, farmacias, dentistas y proveedores de salud mental puede acudir.

Si no elige una CCO cuando renueva o solicita la cobertura del OHP

La OHA elegirá una CCO por usted, a menos que sea nativo de América del Norte o de Alaska. La OHA elegirá una CCO de su zona que reciba miembros nuevos.

Los miembros de CWM y de CWM Plus no son elegibles para inscribirse en una CCO.

Si está inscrito en Medicare

La OHA lo inscribirá en una CCO que cubra atención médica, dental y de salud conductual. No es necesario que reciba atención médica por medio de la CCO. Si quiere cambiar esto, debe comunicárnoslo.

Para obtener más información sobre cómo el Plan de Salud de Oregon y Medicare trabajan juntos, consulte las páginas 41 y 42.

Si usted es nativo de América del Norte o de Alaska

La OHA no lo inscribirá en una CCO. La OHA pagará su atención médica, dental y de salud conductual. No es necesario que reciba atención médica por medio de la CCO. Si quiere cambiar esto, debe comunicárnoslo.

Cómo cambiar de CCO

Si quiere cambiar la CCO en la que está inscrito, llame al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711).

- ▶ Si quiere cambiarla porque no recibe la atención adecuada, primero permita que la CCO intente

ayudarlo. Simplemente llame al Departamento de Servicio al Cliente de su CCO y solicite hablar con un asistente de cuidado.

- ▶ Si aún quiere dejar o cambiar su CCO después de esto, llame al Departamento de Servicio al Cliente del OHP.

Si quiere el Plan de Salud de Oregon de pago por servicio

El OHP quiere que su CCO coordine su atención médica, dental y de salud conductual. Pero usted puede solicitar el OHP de pago por servicio en estos momentos:

- ▶ **Los miembros nativos de América del Norte y de Alaska y los miembros de Medicare** pueden cambiarse a un OHP de pago por servicio en cualquier momento si llaman al Departamento de Servicio al Cliente al 800-273-0557 (TTY 711).
- ▶ **Todos los demás miembros del OHP** solo pueden cambiarse al OHP de pago por servicio si tienen un motivo médico importante.
 - » Primero, llame a su CCO y solicite ayuda. Tal vez no tenga que estar en un OHP de pago por servicio para recibir la ayuda que necesita.
 - » Si su CCO no puede ayudarlo, llame al Departamento de Servicio al Cliente del OHP. El personal le enviará por correo un formulario de *Solicitud de cobertura de pago por servicio temporal* (OHP 416) para que lo complete.
 - » Envíeselo a su proveedor de atención primaria. Este lo completará y le solicitará a la OHA que apruebe su OHP de pago por servicio.

Baja de su CCO

La CCO en la que está inscrito puede solicitarle a la OHA que lo retire de ella si:

- ▶ Usted trata de manera inapropiada al personal de la CCO o a sus proveedores; o
- ▶ Comete un acto fraudulento, tal como dejar que alguien que no es usted use sus beneficios de atención médica.

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

LISTA DE CCO

A continuación, se enumeran las CCO que prestan servicios en cada región de Oregon. Para obtener más información sobre las CCO abiertas en su condado, visite OHP.Oregon.gov. Haga clic en “[Buscar un plan de salud \(CCO\)](#)”. Puede saber qué farmacias, hospitales y planes dentales trabajan con las CCO en su zona.

Advanced Health

Costa sur

www.advancedhealth.com

800-264-0014 or 541-269-7400

AllCare CCO

Sur de Oregon y condado de Curry

www.allcarehealth.com/medicaid

888-460-0185

Cascade Health Alliance

Condado de Klamath

<https://cascadehealthalliance.com>

888-989-7846 o 541-883-2947

Columbia Pacific CCO

Costa norte

www.colpachealth.org

855-722-8206 o 503-488-2822

Eastern Oregon CCO

www.eocco.com

888-788-9821 o 503-765-3521

Health Share of Oregon

Área metropolitana de Portland

www.healthshareoregon.org

888-519-3845 o 503-416-8090

Cinco planes de salud diferentes para los miembros de Health Share of Oregon:

800-224-4840 (CareOregon)

800-813-2000 (Kaiser Permanente NW)

877-500-2680 (Legacy/PacificSource)

844-827-6572 (OHSU Health)

800-898-8174 (Providence Health Services)

InterCommunity Health Network

Mid-Willamette Valley

www.ihntogether.org

888-832-4580 o 541-768-4550

Jackson Care Connect

Condado de Jackson

www.jacksoncareconnect.org

855-722-8208

PacificSource Community Solutions

Central Oregon, Columbia Gorge

Condados de Lane, Marion y Polk

<https://communitysolutions.pacificsource.com>

800-431-4135

Números locales:

Central Oregon y Columbia Gorge: 541-382-5920

Condados de Lane, Marion y Polk: 503-210-2515

Trillium Community Health Plan

Área metropolitana de Portland

Condados de Lane, Linn y Douglas

www.trilliumchp.com

877-600-5472 o 541-485-2155

Umpqua Health Alliance

Condado de Douglas

<https://www.umpquahealth.com/ohp/>

866-672-1551 o 541-229-4842 (541-229-4UHA)

Yamhill Community Care

Condados de Yamhill, Polk y Washington

www.yamhillcco.org

855-722-8205

Página 53 **¿Necesita ayuda?**

Miembros de Pago por Servicio (FFS): llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

MIEMBROS DE PAGO POR SERVICIO (FFS) 0 CON COBERTURA ABIERTA



Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (Fee-for-service, FFS): llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

MIEMBROS DE PAGO POR SERVICIO (FFS)

Si la carta de cobertura que recibe no incluye una CCO o un plan de atención médica, dental o de salud conductual, se debe a que usted recibe los beneficios como miembro de pago por servicio.

- ▶ Cuando una persona se convierte en miembro del Plan de Salud de Oregon (OHP), está en calidad de miembro de pago por servicio durante un par de semanas antes de que pueda inscribirse en una CCO.
- ▶ Algunas personas seguirán siendo miembros de pago por servicio y no se incluirán en una CCO. Algunos ejemplos:
 - » Personas con beneficios de CWM y de CWM Plus, y
 - » Personas que tengan un seguro privado con cobertura médica total.
- ▶ Algunas personas pueden elegir ser miembros de pago por servicio o formar parte de una CCO, como los nativos de América del Norte y de Alaska.
- ▶ Los miembros con Medicare pueden cambiarse en cualquier momento de CCO o dejar la CCO que utilizan para la atención médica. Sin embargo, los miembros de Medicare deben usar una CCO para la atención dental y de salud mental.

Cuando recibe servicios como miembro de pago por servicio, esto no significa que usted deba pagar por los servicios. La OHA le paga a cada proveedor una tarifa por los servicios cubiertos que usted recibe.

Si solo tiene beneficios de pago por servicio

Usted administra su atención médica con proveedores que aceptaron facturar a la OHA por los servicios prestados a los miembros de pago por servicio.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor

Llame al 800-562-4620 (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m).

Si necesita ayuda para coordinar la atención

Si es nativo de América del Norte o de Alaska, llame al Centro de Coordinación Tribal de CareOregon al 844-847-9320 (TTY 711).

Todos los demás miembros de pago por servicio pueden llamar al 800-562-4620 (TTY 711).

Si también tiene otra cobertura médica

Su otra cobertura médica coordinará su atención médica. Sus proveedores primero deben facturar a la otra cobertura.

- ▶ Consulte a su aseguradora qué proveedores puede ver.
- ▶ Indíqueles a sus proveedores que ahora tiene OHP como su seguro secundario. Presente su tarjeta de identificación del Plan de Salud de Oregon.

LISTA DE TELÉFONOS DEL PLAN DE SALUD DE OREGON

Utilice esta página para anotar los nombres y los números de teléfono que podría necesitar más adelante.

Siempre que necesite atención, primero llame a su dentista o proveedor de atención primaria. Ellos son sus socios para tener una buena salud.

Mis planes de salud del OHP

Nombre de la CCO _____	Teléfono _____
Plan dental _____	Teléfono _____
Plan de salud mental _____	Teléfono _____

Otra cobertura de salud (si la tiene)

Nombre del plan _____	Teléfono _____
Nombre del plan _____	Teléfono _____
Nombre del plan _____	Teléfono _____

Mis proveedores de atención médica

Proveedor de atención primaria _____	Teléfono _____
Dentista _____	Teléfono _____
Proveedor de salud mental _____	Teléfono _____
Farmacia _____	Teléfono _____
Servicio de traslados del OHP _____	Teléfono _____

Otros proveedores de atención médica

Nombre _____	Teléfono _____
Nombre _____	Teléfono _____
Nombre _____	Teléfono _____
Nombre _____	Teléfono _____
Nombre _____	Teléfono _____
Nombre _____	Teléfono _____

Necesita ayuda?

Miembros de Pago por Servicio (FFS): Llamar al Departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Miembros de la Organización de Atención Coordinada (CCO): Llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de la CCO.

NOTAS

PLAN DE SALUD DE OREGON (OHP)
MANUAL