

# Advanced Health



## Manual para miembros

Actualizado 1 de enero de 2024

## Actualizaciones del Manual

Advanced Health envía por correo un Manual a los miembros recién inscritos o reinscritos cuando la Autoridad Médica de Oregón (Oregon Health Authority, OHA) nos avisa que usted está inscrito en el Plan de Salud de Oregón (OHP), como lo exige la ley federal. Aquí encontrará el manual más actualizado <https://advancedhealth.com>. Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014.

## Cómo empezar:

Usted recibirá una encuesta por correo que ayudará a Advanced Health a saber cómo apoyarlo con sus necesidades de atención médica física, conductual y oral. Este es un enlace para ver cómo es la encuesta <https://d2hqqmn08hej2v.cloudfront.net/wp-content/uploads/2023/05/HRA-Adult-SurveyFINAL08.2022.pdf>. Para obtener más información sobre esta encuesta, vaya a la página 31.

Complete y devuelva la encuesta de una de estas maneras:

- Teléfono: 541-269-7400/800-264-0014
- Fax: 541-269-2052
- Correo: Advanced Health  
289 LaClair Street  
Coos Bay, OR 97420
- Correo electrónico: [CustomerService@Advancedhealth.com](mailto:CustomerService@Advancedhealth.com)
- Web: <https://advancedhealth.com>

## CONSEJOS ÚTILES:

Algunas preguntas ya tienen respuesta o se pueden hacer aquí <https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/client-questions.aspx>

Lleve su tarjeta de identificación de Advanced Health cuando vaya a una cita médica, dental o de salud mental. Llame a Servicio al Cliente de Advanced Health si necesita una tarjeta de reemplazo.

### TELÉFONOS IMPORTANTES:

Categoría de atención médica	Proveedor	Teléfonos	
Salud física, conductual y dental	Advanced Health	800-264-0014	541-269-7400
Farmacia PCN#: 38900/BIN#: 003585	MedImpact Help Desk	800-788-2949	
Transporte médico no urgente (NEMT)	Bay Cities Brokerage	877-324-8109	541-266-4323
Dental	Advantage Dental	866-268-9631	TTY: 711
Consumo de sustancias	ADAPT	800-866-9780	541-751-0357
Línea en caso de crisis de salud mental de 24 horas	Condado de Coos	888-543-5763	541-266-5800
Línea en caso de crisis de salud mental de 24 horas	Condado de Curry	877-519-9322	

Vea en el final del manual las definiciones de las palabras que pueden serle útiles.

Si está buscando:

- Beneficios. Vaya a la página 35.
- Proveedores de atención primaria. Vaya a la página 28.
- Aprobaciones previas y remisiones. Vaya a la página 35.

- Derechos y responsabilidades. Vaya a la página 23.
  - Transporte para recibir atención. Vaya a la página 67.
  - Coordinación de la atención. Vaya a la página 33.
  - Recetas. Vaya a la página 73.
  - Atención de emergencia. Vaya a la página 78.
  - Cuánto tiempo hay que esperar para recibir la atención. Vaya a la página 58.
  - Quejas, quejas formales y apelaciones. Vaya a la página 99.
- Lleve siempre con usted sus tarjetas de identificación de miembro de OHP y de Advanced Health.
    - Nota: Estas le llegarán por separado y usted recibirá su tarjeta de identificación de OHP antes que su tarjeta de identificación de miembro de Advanced Health.

Encontrará su tarjeta de identificación de Advanced Health en el paquete de bienvenida con este manual para miembros. Su tarjeta de identificación tiene la siguiente información:

- Su nombre
  - Su número de identificación
  - Información del Plan
  - Nombre e información de su proveedor de atención primaria
  - Teléfono de Servicio al Cliente
  - Teléfono de acceso a idiomas
- Mi proveedor de atención primaria es \_\_\_\_\_
    - Su teléfono es \_\_\_\_\_
  - Mi dentista de atención primaria es \_\_\_\_\_
    - Su teléfono es \_\_\_\_\_
  - Otros proveedores que tengo son \_\_\_\_\_
    - Sus teléfonos son \_\_\_\_\_
  - Mi transporte médico cuando no sea de emergencia (viaje gratuito para atención médica) es Bay Cities Brokerage.
    - Su teléfono es 877-234-8109.

## **Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos.**

Todos tienen el derecho de saber sobre los programas y servicios de **Advanced Health**. Todos los miembros tienen el derecho de saber cómo usar nuestros programas y servicios.

Ofrecemos estos tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes de lenguaje de señas
- Intérpretes calificados y certificados para otros idiomas
- Material por escrito en otros idiomas
- Braille
- Letra grande
- Audio y en otros formatos

Puede encontrar este manual para miembros en nuestro sitio web <https://advancedhealth.com>. Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014.

### **Obtenga información en otro idioma o formato.**

Usted o su representante pueden obtener material para miembros, como este manual o avisos de la CCO, en otros idiomas, en letra grande, en Braille o en el formato que prefiera. Recibirá el material en un plazo 5 días después de solicitarlo. Esta ayuda es gratuita. Todos los formatos tienen la misma información. Algunos ejemplos del material para miembros son:

- Este manual
- Lista de medicamentos cubiertos
- Lista de proveedores
- Cartas, como avisos de quejas, denegaciones y apelaciones

No se le denegará ni limitará el uso de beneficios, quejas, apelaciones ni audiencias porque necesite otro idioma o formato.

Puede solicitar el material electrónicamente. Complete el formulario de contacto seguro en nuestro sitio web en <https://advancedhealth.com>. Díganos qué documentos quiere que le enviemos por correo electrónico. También puede llamar a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014.

### **Puede tener un intérprete.**

Usted, su representante, sus familiares y cuidadores pueden solicitar un intérprete de atención médica certificado y calificado. También puede solicitar intérpretes de lenguaje de señas y por escrito o ayudas y servicios auxiliares. Esos servicios son gratuitos.

Avise al consultorio de su proveedor si necesita un intérprete en su visita. Dígales qué idioma o formato necesita. Obtenga más información sobre los intérpretes de atención médica certificados en [Oregon.gov/OHA/OEI](http://Oregon.gov/OHA/OEI).

Si lo necesita, llámenos al 541-269-7400/800-264-0014 o llame a Servicios para Clientes de OHP al 800-273-0557 (TTY 711). Vea la página [99] para “Derechos de quejas, apelaciones y audiencias”.

Si no obtiene la ayuda de intérprete que necesita, llame al coordinador del Programa de Servicios de Acceso de Idiomas del estado al 844-882-7889, TTY 711 o por correo electrónico a: [LanguageAccess.Info@odhsoha.oregon.gov](mailto:LanguageAccess.Info@odhsoha.oregon.gov).

## English

You can get this handbook in other languages, large print, Braille, or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Call 541-269-7400 / 800-264-0014 or TTY 711 or 800-735-1232. We accept relay calls.

-

You can get help from a certified and qualified health care interpreter.

## Spanish

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente 541-269-7400/800-264-0014 o TTY 711 o 800-735-1232. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

-

Usted puede obtener ayuda de un intérprete certificado y calificado en atención de salud.

## Russian

Вы можете получить это документ на другом языке, напечатанное крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочитаемом вами формате. Вы также можете запросить услуги переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Звоните по тел. 541-269-7400 / 800-264-0014 или TTY 711 or

800-735-1232. Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи.

-

Вы можете получить помощь от аккредитованного и квалифицированного медицинского переводчика.

## Vietnamese

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, theo định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên hỗ trợ. Sự trợ giúp này là miễn phí. Gọi 541-269-7400 / 800-264-0014 hoặcTTY (Đường dây Dành cho Người Khiếm thính hoặc Khuyết tật về Phát âm) 711 or 800-735-1232. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

-

Quý vị có thể nhận được sự giúp đỡ từ một thông dịch viên có chứng nhận và đủ tiêu chuẩn chuyên về chăm sóc sức khỏe.

## Arabic

يمكنكم الحصول على هذا وثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل أو حسب الصيغة المفضلة لديكم. كما يمكنكم طلب مترجم شفهي. إن هذه المساعدة مجانية. اتصلو على 541-269-7400 / 800-264-0014 أو المبرقة الكاتبة 711 or 800-735-1232. نستقبل المكالمات المحولة.

-

يمكنكم الحصول على المساعدة من مترجم معتمد ومؤهل في مجال الرعاية الصحية.



## Somali

Waxaad heli kartaa warqadan oo ku qoran luqaddo kale, far waaweyn, farta dadka indhaha aan qabin wax ku akhriyaan ee Braille ama qaabka aad doorbidayso. Waxaad sidoo kale codsan kartaa turjubaan. Taageeradani waa lacag la'aan. Wac 541-269-7400 / 800-264-0014 ama TTY 711 or 800-735-1232. Waa aqbalnaa wicitaanada gudbinta.

-

Waxaad caawimaad ka heli kartaa turjubaanka daryeelka caafimaadka oo xirfad leh isla markaana la aqoonsan yahay.

## Simplified Chinese

您可获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您还可要求提供口译员服务。本帮助免费。致电 541-269-7400 / 800-264-0014 或 TTY 711 or 800-735-1232。我们会接听所有的转接来电。

-

您可以从经过认证且合格的医疗口语翻译人员那里获得帮助。

## Traditional Chinese

您可獲得本**信息**函的其他語言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式。您也可申請口譯員。以上協助均為免費。請致電 541-269-7400 /

800-264-0014 或聽障專線 711 or 800-735-1232。我們接受所有傳譯電話。

-

您可透過經認證的合格醫療保健口譯員取得協助。

## Korean

이문서은 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 받아보실 수 있습니다. 통역사를 요청하실 수도 있습니다. 무료 지원해 드립니다. 541-269-7400 / 800-264-0014 또는 TTY 711 or 800-735-1232 에 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다.

-

공인 및 자격을 갖춘 의료서비스 전문 통역사의 도움을 받으실 수 있습니다.

## Hmong

Koj txais tau ntaub ntawv no ua lwm yam lus, ua ntawv loj, ua lus Braille rau neeg dig muag los sis ua lwm yam uas koj nyiam. Koj kuj thov tau kom muaj ib tug neeg pab txhais lus. Txoj kev pab no yog ua pub dawb. Hu 541-269-7400 / 800-264-0014 los sis TTY 711 or 800-735-1232. Peb txais tej kev hu xov tooj rau neeg lag ntseg.

-

Koj yuav tau kev pab los ntawm ib tug kws txawj txhais lus rau tib neeg mob.

## Marshallese

Kwomaroñ bōk peba in ilo kajin ko jet, kōn jeje ikkillep, ilo braille ak bar juon wāwein eo emmanloḷok ippam. Kwomaroñ kajjitōk bwe juon ri ukōt en jipañ eok. Ejjeḷok wōḡāān jipañ in. Kaaltok 541-269-7400 / 800-264-0014 ak TTY 711 or 800-735-1232. Kwomaroñ kaaltok in relay.

-

Kwomaroñ bōk jipañ jān juon ri ukōt ekōmālim im keiie āinwōt ri ukōt in ājmour.

## Chuukese

En mi tongeni angei ei taropwe non pwan ew fosun fenu, mese watte mak, Braille ika pwan ew format ke mwochen. En mi tongeni pwan tingor emon chon chiaku Ei aninis ese fokkun pwan kamo. Kokori 541-269-7400 / 800-264-0014 ika TTY 711 or 800-735-1232. Kich mi etiwa ekkewe keken relay.

-

En mi tongeni kopwe angei aninis seni emon mi certified ika qualified ren chon chiaku ren health care.

## Tagalog

Makukuha mo ang papel na ito sa iba pang mga wika, malaking letra, Braille, o isang format na gusto mo. Maaari ka ring humingi ng tagapagsalin. Ang tulong na ito ay libre. Tawagan ang 541-269-7400 / 800-264-0014 o TTY 711 or 800-735-1232. Tumatanggap kami ng mga relay na tawag.

-

Makakakuha ka ng tulong mula sa isang sertipikado at kwalipikadong tagapagsalin ng pangangalaga sa kalusugan.

## German

Sie können dieses Dokument in anderen Sprachen, in Großdruck, in Brailleschrift oder in einem von Ihnen bevorzugten Format erhalten. Sie können auch einen Dolmetscher anfordern. Diese Hilfe ist gratis. Wenden Sie sich an 541-269-7400 / 800-264-0014 oder per Schreibtelefon an 711 or 800-735-1232. Wir nehmen Relaisanrufe an.

-

Sie können die Hilfe eines zertifizierten und qualifizierten Dolmetschers für das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen.

## Portuguese

Esta documento está disponível em outros idiomas, letras grandes ou braile, se preferir. Também poderá solicitar serviços de interpretação. Essa ajuda é gratuita. Ligue para 541-269-7400 /

800-264-0014 ou use o serviço TTY 711 or 800-735-1232.  
Aceitamos encaminhamentos de chamadas.

-

Você poderá obter a ajuda de intérpretes credenciados e qualificados na área de saúde.

## Japanese

この書類は、他の言語に翻訳されたもの、拡大文字版、点字版、その他ご希望の様式で入手可能です。また、通訳を依頼することも可能です。本サービスは無料をご利用いただけます。541-269-7400 / 800-264-0014 または TTY 711 or 800-735-1232 までお電話ください。電話リレーサービスでも構いません。

-

認定または有資格の医療通訳者から支援を受けられます。

## Ukrainian

Ви можете отримати цей довідник іншими мовами, крупним шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, якому ви надаєте перевагу. Ви також можете попросити надати послуги перекладача. Ця допомога є безкоштовною. Дзвоніть по номеру телефону 541-269-7400 / 800-264-0014 або телетайпу 711 or 800-735-1232. Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

-

Ви можете отримати допомогу від сертифікованого та кваліфікованого медичного перекладача.

## Nuestra política de no discriminación

Advanced Health debe cumplir las leyes estatales y federales de derechos civiles. No podemos tratar a las personas (miembros o miembros potenciales) de manera injusta en ninguno de nuestros programas o actividades por motivos de:

- Edad
- Discapacidad
- Identidad de género
- Estado civil
- País de origen
- Raza
- Religión
- Color
- Sexo
- Orientación sexual
- Estado de salud y necesidad de servicios

Si cree que lo trataron de manera injusta por alguno de los motivos anteriores, puede presentar una queja o una queja formal.

Envíe (o presente) una queja a Advanced Health en cualquiera de estas formas:

- Teléfono: Llame a nuestro coordinador de Quejas Formales al 541-269-7400/800-264-0014 (TTY 711)
- Fax: 541-269-2052
- Correo: Advanced Health  
289 LaClair Street  
Coos Bay, OR 97420
- Correo electrónico: [CustomerService@Advancedhealth.com](mailto:CustomerService@Advancedhealth.com)
- Web: <https://d2hggmn08hej2v.cloudfront.net/wp-content/uploads/2020/08/AH-Complaint-Form-and-Information-Packet-20200203.pdf>

¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400 o al 800-264-0014 para hablar con un especialista en bienestar o un asistente de salud personal. También tiene derecho a presentar una queja ante cualquiera de estas organizaciones:

### Derechos Civiles de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA)

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

## **División de Derechos Civiles de la Oficina de Trabajo e Industrias**

- Teléfono: 971-673-0764 Web: <https://www.oregon.gov/boli/civil-rights/Pages/default.aspx>
- Correo electrónico: [BOLI\\_help@Boli.oregon.gov](mailto:BOLI_help@Boli.oregon.gov)
- Correo postal: Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division  
800 NE Oregon St., Suite 1045  
Portland, OR 97232

## **Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**

- Web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
- Teléfono: 800-368-1019, TDD: 800-537-7697
- Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)
- Correo postal: Office for Civil Rights  
200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg.  
Washington, DC 20201

## **Mantenemos privada su información.**

Solo compartimos su expediente con las personas que necesitan verlo. Eso puede ser por motivos de tratamiento o de pago. Usted puede decidir quién ve su expediente. Díganos por escrito si no quiere que alguien vea su expediente o si quiere que compartamos su expediente con alguien. <https://d2hggmn08hej2v.cloudfront.net/wp-content/uploads/2021/05/Release-of-Information-OHP-2017.pdf>. Puede pedirnos una lista de las personas con las que compartimos su expediente.

La ley llamada Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) protege su expediente médico y lo mantiene privado. A eso también se le llama confidencialidad. Tenemos un documento llamado Aviso de prácticas de privacidad que explica cómo usamos la información personal de nuestros miembros. Se lo enviaremos si lo pide. Solo llame a Servicios para Miembros y pida nuestro Aviso de prácticas de privacidad. También puede verlo en <https://d2hggmn08hej2v.cloudfront.net/wp-content/uploads/2023/09/HI-Advanced-Health-NPP-FINAL-DMAP-rev-09132023-OHA-Approved-09192023-S-1419.pdf>

## Expediente médico

El expediente médico tiene sus condiciones médicas y los servicios que usó. También muestra las remisiones que le han dado.

### ¿Qué puede hacer con el expediente médico?

- Enviar su expediente a otro proveedor según sea necesario.
- Pedir que se corrija su expediente.
- Obtener una copia de su expediente incluyendo, entre otros:
  - Expediente médico de su proveedor
  - Expediente dental de su proveedor de atención dental
  - Expediente de Advanced Health

Puede haber ocasiones en que la ley restrinja su acceso. Es posible que se le cobre una cantidad razonable por una copia del expediente que solicite.

Algunos expedientes no pueden compartirse.

Un proveedor no puede compartir el expediente cuando, según su criterio profesional, compartir el expediente puede causar un peligro “claro e inmediato” a usted, otros o a la sociedad. Un proveedor tampoco puede compartir el expediente preparado para un caso judicial.



Qué incluye este manual	
Actualizaciones del Manual .....	2
Cómo empezar: .....	2
CONSEJOS ÚTILES: .....	2
Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos.....	4
<i>Cómo obtener información en otro idioma o formato. ....</i>	<i>5</i>
<i>Puede tener un intérprete. ....</i>	<i>6</i>
Nuestra política de no discriminación .....	14
Mantenemos privada su información .....	15
Expediente médico .....	16
Qué incluye este manual .....	17
Bienvenido a Advanced Health.....	21
<i>Cómo OHP y ADVANCED HEALTH trabajan juntos.....</i>	<i>21</i>
Comuníquese con nosotros.....	24
<i>Teléfonos importantes .....</i>	<i>24</i>
<i>Comuníquese con el Plan de Salud de Oregón.....</i>	<i>25</i>
<i>Servicio al Cliente de OHP puede ayudar: .....</i>	<i>25</i>
Sus derechos y responsabilidades .....	25
<i>Sus derechos como miembro de OHP .....</i>	<i>26</i>
<i>Sus responsabilidades como miembro de OHP .....</i>	<i>28</i>
Miembros que son indios americanos y nativos de Alaska.....	30
Nuevos miembros que necesitan servicios de inmediato .....	30
Proveedores de atención primaria (PCP) .....	31
<i>Proveedores dentro de la red .....</i>	<i>32</i>
<i>Directorio de proveedores.....</i>	<i>32</i>
<i>Programe una cita.....</i>	<i>33</i>
<i>Citas a las que no pueda ir .....</i>	<i>33</i>
<i>Cómo cambiar.....</i>	<i>34</i>
<i>Cambios en.....</i>	<i>34</i>
Segundas opiniones .....	34
Encuesta sobre su salud .....	34
Miembros que están embarazadas .....	35
Cómo obtener ayuda para organizar su atención con la Coordinación de la atención .....	36
<i>Miembros con Medicare.....</i>	<i>38</i>

Sus beneficios .....	39
<i>Cómo decide Oregón lo que cubrirá el OHP</i> .....	39
<i>Acceso directo</i> .....	39
<i>No se necesita remisión ni aprobación previa</i> .....	40
<i>Cómo obtener la aprobación previa</i> .....	40
<i>Servicios que necesitan la aprobación previa</i> .....	41
<i>Remisiones de proveedores y remisiones por cuenta propia</i> .....	42
<i>Servicios que necesitan una remisión</i> .....	42
<i>Servicios a los que puede ir sin remisión:</i> .....	43
<i>Clave de los íconos de los cuadros de beneficios</i> .....	43
<i>Beneficios para la salud física</i> .....	44
<i>Beneficios para la atención de salud mental</i> .....	56
<i>Beneficios dentales</i> .....	62
<i>Veteranos y miembros del Programa dental del Pacto de Libre Asociación (COFA)</i> .....	68
<i>Servicios que paga el OHP</i> .....	69
<i>Objeciones morales o religiosas</i> .....	70
Acceso a la atención que necesita .....	70
<i>Cuánto tiempo hay que esperar para recibir la atención</i> .....	72
Beneficios integrales y de prevención para miembros menores de 21 años .....	74
<i>El beneficio EPSDT cubre:</i> .....	74
<i>Ayuda para obtener servicios de EPSDT</i> .....	75
<i>Pruebas de detección</i> .....	76
<i>Remisión, diagnóstico y tratamiento de EPSDT</i> .....	77
Trabajadores de la salud tradicionales (THW) .....	78
<i>Información de contacto del enlace de THW</i> .....	79
Servicios adicionales .....	79
<i>Servicios relacionados con la salud</i> .....	79
Necesidades sociales relacionadas con la salud .....	82
Transporte gratis para recibir atención .....	83
<i>Programe un viaje</i> .....	84
<i>Qué puede esperar cuando llame</i> .....	84
<i>Recogida y regreso</i> .....	84
<i>Usted tiene derechos y responsabilidades como pasajero:</i> .....	85
<i>Cancelar o cambiar su viaje</i> .....	86
<i>Cuando usted no llega</i> .....	86
<i>Si se deniega su viaje</i> .....	86
<i>Guía del pasajero</i> .....	87
Cómo recibir atención por video o teléfono .....	87
<i>Cómo encontrar proveedores de telesalud</i> .....	88

<i>Cuándo usar la telesalud</i> .....	88
<i>Las visitas de telesalud son privadas</i> .....	88
<i>Usted tiene derecho a:</i> .....	89
Medicamentos con receta.....	89
<i>Recetas cubiertas</i> .....	89
<i>Cómo pedir a Advanced Health que cubra las recetas</i> .....	90
<i>Farmacia de pedidos por correo</i> .....	90
<i>OHP paga los medicamentos para la salud conductual</i> .....	90
<i>Cobertura de recetas para miembros con Medicare</i> .....	91
<i>Cómo obtener recetas antes de un viaje</i> .....	91
Hospitales.....	91
Atención de urgencia .....	93
<i>Atención física de urgencia</i> .....	93
<i>Centros de atención de urgencia y clínicas que atienden sin cita     previa en el área de Advanced Health:</i> .....	94
<i>Atención dental urgente</i> .....	95
Atención de emergencia .....	95
<i>Emergencias físicas</i> .....	95
<i>Emergencias dentales</i> .....	96
<i>Crisis y emergencias de salud conductual</i> .....	96
<i>Prevención del suicidio</i> .....	98
<i>Atención de seguimiento después de una emergencia</i> .....	99
Atención fuera de casa .....	100
<i>Atención planificada fuera del estado</i> .....	100
<i>Atención médica de emergencia fuera de casa</i> .....	100
Facturas por servicios.....	101
<i>Los miembros del OHP no pagan facturas por los servicios cubiertos</i> .....	101
<i>Si su proveedor le envía una factura, no la pague.</i> .....	102
<i>Puede haber servicios por los que tenga que pagar</i> .....	102
<i>Pueden pedirle que firme un formulario de Acuerdo de pago</i> .....	103
<i>Facturas por atención médica de emergencia fuera de casa o del estado</i> .....	104
<i>Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas</i> .....	105
Miembros con OHP y Medicare.....	106
Cambios de CCO y de la atención .....	107
<i>Tiene derecho a cambiar de CCO o dejar una CCO.</i> .....	107
<i>Cómo cambiar o dejar su CCO</i> .....	109
<i>Advanced Health puede pedirle que se dé de baja por algunos motivos</i> .....	110
Atención mientras cambia o deja una CCO.....	111
<i>Cuando necesita recibir la misma atención mientras está cambiando de plan ....</i>	111

Decisiones sobre el fin de la vida .....	113
<i>Directivas anticipadas</i> .....	113
<i>¿Cuál es la diferencia entre una POLST y una directiva anticipada?</i> .....	114
<i>Declaración sobre tratamiento de salud mental</i> .....	115
Denuncias de fraude, despilfarro y abuso .....	116
<i>Cómo reportar fraudes, despilfarro y abusos</i> .....	117
Quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias imparciales .....	118
<i>Puede presentar una queja</i> .....	118
<i>Puede pedirnos que cambiemos una decisión que tomamos. Esto se llama una apelación.</i> .....	120
<i>Obtenga más información sobre los pasos necesarios para pedir una apelación o una audiencia</i> .....	122
<i>Preguntas y respuestas sobre las apelaciones y las audiencias</i> .....	124
Palabras que debe saber.....	126

## **Bienvenido a Advanced Health**

Nos complace que sea parte de Advanced Health. Nos alegra poder ayudarlo con su salud. Queremos darle la mejor atención que podamos.

Es importante saber cómo usar su plan. En este manual hay información sobre nuestra compañía, cómo obtener la atención y cómo puede aprovechar al máximo sus beneficios.

## **Cómo OHP y ADVANCED HEALTH trabajan juntos**

El Plan de Salud de Oregón (Oregon Health Plan, OHP) es una cobertura de atención médica gratis para los habitantes de Oregón. OHP es el programa de Medicaid de Oregón. Cubre servicios de atención física, dental y de salud conductual (tratamiento de salud mental y trastornos por consumo de sustancias). OHP también ayuda con las recetas y el transporte para recibir la atención.

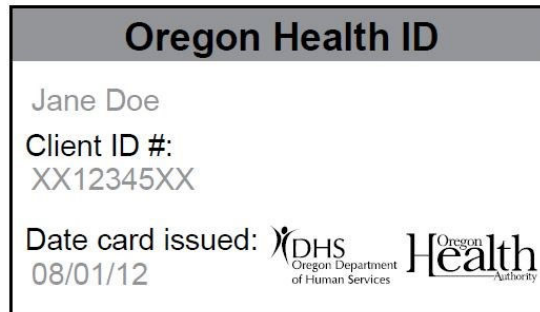
OHP tiene planes médicos locales que lo ayudan a usar sus beneficios. Los planes se llaman organizaciones de atención coordinada, o CCO. Advanced Health es una CCO. Advanced Health atiende los condados de Coos y Curry.

Las CCO organizan y pagan su atención médica. Pagamos a los médicos o proveedores de diferentes maneras para mejorar cómo recibe la atención. Esto ayuda a asegurarse de que los proveedores se centren en mejorar su salud en general. Usted tiene derecho a preguntar cómo les pagamos a los proveedores. Los pagos o incentivos del proveedor no cambiarán su atención ni la forma en que obtiene beneficios. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014.

Todas las CCO ofrecen los mismos beneficios del OHP. Algunas ofrecen más servicios como artículos para el nuevo bebé y membresías de gimnasios. Obtenga más información sobre los beneficios de Advanced Health en la página [36].

Cuando se inscriba en el OHP, recibirá una tarjeta de identificación de Oregon Health. Esta se le envía con la carta de la cobertura. Cada miembro del OHP en su grupo familiar recibe una tarjeta de identificación.


**Su tarjeta de identificación de Oregon Health se parecerá a esta:**



Nosotros trabajamos con otras organizaciones que ayudan a administrar ciertas partes de sus beneficios, como los beneficios dentales y de transporte. Para obtener una lista completa de las organizaciones y las descripciones de los servicios que ofrecen, vea la página 24.

Cuando se inscriba en una CCO, también recibirá una tarjeta de identificación de la CCO. Esa tarjeta es muy importante. Muestra que usted es miembro de Advanced Health y tiene más información como los teléfonos importantes. Su proveedor de atención primaria (PCP) también está en su tarjeta de identificación.

**Su tarjeta de identificación de Advanced Health se parecerá a esta:**

 <a href="http://www.advancedhealth.com">www.advancedhealth.com</a>	Member Name:	
	Member ID#: (from OHP ID Card)	
Primary Care Provider:		
Primary Dentist:		
Mental Health Provider(s):		
<p><b>Urgent &amp; Emergency Services:</b> Call 911 if you have an emergency. If you need urgent care, please call your PCP. You can also call the NBMC Immediate Care Clinic in Coos Bay at 541-266-1789, Nova Health Urgent Care in North Bend at 541-305-4224 or the Brookings Curry Medical Center in Brookings at 541-412-2000.</p> <p><b>Advanced Health Member Services:</b> 800-264-0014 or 541-269-7400 TTY: 711 or 800-735-1232 See reverse side for additional important phone numbers.</p> <p><a href="http://www.advancedhealth.com">www.advancedhealth.com</a></p> <p><b>This card has member information and does not guarantee eligibility.</b></p>		

Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Advanced Health cada vez que vaya a una cita o a la farmacia.

En la carta de la cobertura y en la tarjeta de identificación de Advanced Health está la CCO en la que está inscrito. También menciona el nivel de atención que cubre su plan:

- CCOA: Atención médica, dental y de salud conductual
- CCOB: Atención médica y de salud conductual
- CCOE: Atención de salud conductual únicamente
- CCOG: Atención dental y de salud conductual
- CCOF: Atención dental únicamente

## Contáctenos

La oficina de Advanced Health está abierta de **lunes a viernes**, de **8:00 a. m. a 5:00 p. m.**

Cerrado en Año Nuevo (01/01/24), Día de los Caídos (05/27/24), Día de la Independencia (07/04/24), Día del Trabajo (09/02/24), Día de Acción de Gracias (11/28/24), viernes después del Día de Acción de Gracias (11/29/24) y Navidad (12/25/24).

Nuestra oficina está en:

Advanced Health  
289 LaClair Street  
Coos Bay, OR 97420

Llame gratis al: **541-269-7400/800-264-0014**, TTY 711, o para acceso a otros idiomas al **800-735-2900**.

Fax: **541-269-2052**.

En línea: <https://advancedhealth.com>

Dirección postal:

Advanced Health  
289 LaClair Street  
Coos Bay, OR 97420

## Teléfono importantes

- **Beneficios y atención médica**

Llame a Servicio al cliente: **541-269-7400/800-264-0014**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horario: **Lunes a viernes**, de **8:00 a. m. a 5:00 p. m.**

Obtenga información sobre los beneficios y atención médica en la página [39].

- **Beneficios de farmacia**

Servicio al Cliente de farmacia: **541-269-7400/800-264-0014**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horario: **Lunes a viernes**, de **8:00 a. m. a 5:00 p. m.**

Obtenga información sobre los beneficios de farmacia en la página [73].

- **Beneficios y atención para el tratamiento de la salud conductual, la dependencia a las drogas, el alcohol o los trastornos por consumo de sustancias.**

Servicio al Cliente: **541-269-7400/800-264-0014**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horario: **Lunes a viernes**, de **8:00 a. m. a 5:00 p. m.**

Obtenga información sobre los beneficios de salud conductual en la página [47].



- **Beneficios y atención dental**

Llame Servicio al Cliente de Advantage Dental DCO al 866-268-9631. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horario: Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Obtenga información sobre los beneficios dentales en la página [50].

- **Transporte gratis para recibir atención física, dental o de salud conductual**

Puede obtener transporte gratis a las consultas de atención física, dental y de salud conductual. Llame a Bay Cities Brokerage al 541-266-4323 o al 877-324-8109 para programar un viaje. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horario: Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Cerrado en Año Nuevo (1/01/24), Día de la Independencia (7/04/24), Día del Trabajo (9/02/24), Día de Acción de Gracias (11/29/24), y Navidad (12/25/24).

Obtenga más información sobre el transporte para recibir atención en la página [67].

## **Comuníquese con el Plan de Salud de Oregón.**

### **Servicio al Cliente de OHP pueden ayudarlo a:**

- Cambiar la dirección, teléfono, situación familiar u otra información
- Reemplazar una tarjeta de identificación de Oregon Health que haya perdido
- Obtener ayuda para solicitar o renovar beneficios
- Obtener ayuda local de un colaborador de la comunidad

### **Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de OHP.**

- Llame al: 800-699-9075 sin costo (TTY 711)
- Web: [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov)
- Correo electrónico: use el sitio de correo electrónico seguro en <https://secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt> para enviar su correo a [Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov](mailto:Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov).
  - Díganos su nombre completo, fecha de nacimiento, número de identificación de Oregon Health, dirección y teléfono.

## **Sus derechos y responsabilidades**

Como miembro de Advanced Health, usted tiene derechos. También hay responsabilidades o cosas que debe hacer cuando obtiene el OHP. Si tiene preguntas sobre los derechos y responsabilidades mencionados aquí, llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014.

Tiene derecho a ejercer sus derechos de miembro sin recibir una mala respuesta ni sufrir discriminación. Puede presentar una queja si siente que no se han respetado sus derechos.

Obtenga más información sobre cómo presentar quejas en la página [99]. También puede llamar a un defensor del pueblo de la Autoridad de Salud de Oregón al 877-642-0450 (TTY 711). Puede enviarle un correo electrónico seguro a [www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx](http://www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx).

Hay ocasiones en que los menores de 18 años (menores de edad) quieren o necesitan obtener servicios de atención médica por su cuenta. Para obtener más información, lea “Minor Rights: Access and Consent to Health Care” (Derechos de los menores: acceso y consentimiento para la atención médica). Este folleto explica los tipos de servicios que los menores pueden obtener por su cuenta y cómo se pueden compartir los expedientes médicos. Puede leerlo en [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov). Haga clic en “Minor rights and access to care” (Derechos de los menores y acceso a la atención). O vaya a: <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf>

## Sus derechos como miembro de OHP.

### Usted tiene derecho a que lo traten de esta manera

- Que lo traten con dignidad, respeto y consideración a su privacidad.
- Que los proveedores le den el mismo trato que a otras personas que buscan atención médica.
- Tener una relación estable con un equipo de atención que sea responsable de administrar toda su atención.
- Que no lo retengan ni lo alejen de las personas porque así sería más fácil:
  - cuidarlo;
  - castigarlo, u
  - obligarlo a hacer algo que no quiere.

### Usted tiene derecho a recibir esta información

- Material explicado de una manera y en un idioma que pueda entender. (Vea la página [4])
- Material que hable sobre las CCO y cómo usar el sistema de atención médica. (El Manual para miembros es una buena fuente para esto)
- Material escrito que lo informa de sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo obtener servicios y qué hacer en una emergencia. (El Manual para miembros es una buena fuente para esto)
- Información sobre su condición, los tratamientos y las alternativas, qué está cubierto y qué no está cubierto. Esta información lo ayudará a tomar buenas decisiones sobre su atención. Obtenga esta información en el idioma y el formato que sea mejor para usted.

- Un expediente médico en el que se registran sus condiciones, los servicios que recibe y las remisiones. (Vea la página 15)
  - Acceso a su expediente médico
  - Compartir su expediente médico con un proveedor
- Que le envíen por correo un aviso por escrito de la denegación o modificación de un beneficio antes de que suceda. Es posible que no reciba un aviso si no lo exigen las normas federales o estatales.
- Que le envíen un aviso por escrito de los proveedores que ya no están dentro de la red. Dentro de la red quiere decir que son los proveedores o especialistas que trabajan con Advanced Health. (Vea la página 32)
- Que le avisen a tiempo si se cancela una cita.

### **Usted tiene derecho a recibir esta atención**

- Atención y servicios centrados en usted. Reciba atención que le dé opciones, independencia y dignidad. Esta atención se basará en sus necesidades médicas y cumplirá los estándares de la práctica.
- Servicios que tengan en cuenta sus necesidades culturales y de idioma y que estén cerca de donde vive. Si están disponibles, puede obtener servicios en entornos no tradicionales como en línea. (Vea la página 80)
- Coordinación de la atención, atención basada en la comunidad y ayuda con la transición de atención de manera que se adapte a su cultura e idioma. Esto ayudará a mantenerlo fuera de un hospital o centro.
- Servicios que son necesarios para saber la condición médica que tiene.
- Ayuda para usar el sistema de atención médica. Obtener el apoyo cultural y de idioma que necesite. (Vea la página 5). Esto podría ser:
  - Intérpretes de atención médica certificados o calificados
  - Trabajadores de la salud tradicionales certificados
  - Trabajadores médicos de la comunidad
  - Especialistas en bienestar entre pares
  - Especialistas en apoyo entre pares
  - Comadronas
  - Asistentes de salud personal
- Ayuda del personal de la CCO, que está totalmente capacitado en las políticas y procedimientos de la CCO.
- Servicios de prevención cubiertos. (Vea la página 34).
- Servicios de urgencia y emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana sin aprobación ni permiso. (Vea la página 80)
- Remisiones a proveedores especializados para los servicios coordinados cubiertos que sean necesarios según su salud. (Vea la página 40).
- Apoyo adicional de un defensor del pueblo de OHP (vea la página 65).

### **Usted tiene derecho a hacer estas cosas**

- Elegir sus proveedores y cambiar esas opciones que eligió. (Vea la página 32)
- Obtener una segunda opinión. (Vea la página 32)
- Pedir a un amigo, familiar o ayudante que lo acompañe a sus citas.
- Participar de forma activa en hacer su plan de tratamiento.
- Aceptar o rechazar servicios. Saber lo que podría suceder basado en su decisión. No se puede rechazar un servicio que ordene un tribunal.
- Remitirse usted mismo a servicios de salud conductual o de planificación familiar sin el permiso de un proveedor.
- Hacer una declaración de deseos para el tratamiento. Esto significa sus deseos de aceptar o rechazar tratamiento médico, quirúrgico o de medicina conductual. También significa el derecho de hacer directivas y dar poderes legales para la atención médica, mencionados en el ORS 127. (Vea la página 103)
- Presentar una queja o pedir una apelación. Obtener una respuesta de Advanced Health cuando haga esto. (Vea la página 108)
  - Pedir al estado una revisión si no está de acuerdo con la decisión de Advanced Health. A esto se le llama una audiencia.
- Acceso gratuito a intérpretes médicos certificados o calificados para todos los idiomas que no sean inglés y para lenguaje de señas. (Vea la página 5).

## **Sus responsabilidades como miembro de OHP.**

### **Usted debe tratar a otras personas de esta manera**

- Tratar con respeto al personal de Advanced Health, a los proveedores y a otras personas.
- Ser sincero con sus proveedores para que puedan darle la mejor atención.

### **Debe dar esta información a OHP**

Llame a la línea de Servicio al Cliente de OHP/ONE al 800-699-9075 (TTY 711) cuando:

- Se mude o cambie su dirección de correo.
- Si algún familiar se muda a su casa o se va de ella.
- Cambie su teléfono.
- Esté embarazada y cuando nazca el bebé.
- Tenga otro seguro.

## **Usted debe ayudar con su atención de estas maneras**

- Elegir o ayudar a elegir a su proveedor de atención primaria o clínica.
- Ir a los chequeos anuales, visitas de bienestar y atención de prevención para mantenerse sano.
- Llegar puntualmente a las citas. Si va a llegar tarde, llamar con antelación o cancelar la cita si no puede ir.
- Llevar sus tarjetas de identificación médica a las citas. Decir en el consultorio que tiene OHP y cualquier otro seguro médico. Avisarles si se lesionó en un accidente.
- Ayudar a su proveedor a hacer su plan de tratamiento. Seguir el plan de tratamiento y participa activamente en su atención.
- Seguir las instrucciones de sus proveedores o pedir otra opción.
- Si no entiende, preguntar sobre las condiciones, los tratamientos y otros temas relacionados con la atención.
- Usar la información que le den los proveedores y los equipos de atención para tomar decisiones informadas de su tratamiento.
- Consultar a su proveedor de atención primaria para pruebas y otras necesidades de atención, a menos que sea una emergencia.
- Usar especialistas dentro de la red o trabajar con su proveedor para obtener aprobación si quiere o necesita ver a alguien que no trabaja con Advanced Health.
- Usar adecuadamente los servicios de urgencias o emergencias. Avisar a su proveedor de atención primaria en un plazo de 72 horas si usa esos servicios.
- Ayudar a los proveedores a obtener su expediente médico. Es posible que tenga que firmar un formulario para esto.
- Avisar a Advanced Health si tiene algún problema, queja o si necesita ayuda.
- Pagar los servicios que no cubra el OHP.
- Si recibe dinero por una lesión, ayudar a que Advanced Health reciba el pago por los servicios que le hayamos prestado por esa lesión.

## Miembros indios americanos y nativos de Alaska

Los indios americanos y los nativos de Alaska tienen derecho a elegir dónde quieren recibir la atención. Pueden usar proveedores de atención primaria y otros proveedores que no sean parte de nuestra CCO, como:

- Centros de bienestar tribal
- Clínicas de Servicios de Salud Indígena (Indian Health Services, IHS). Encuentre una clínica en <https://www.ihs.gov/default/findhealthcare>
- Asociación de Rehabilitación de Nativos Americanos del Noroeste (Native American Rehabilitation Association of the Northwest, NARA) Obtenga más información o encuentre una clínica en <https://www.ihs.gov/findhealthcare/>
- Puede usar otras clínicas que no estén en nuestra red. Obtenga más información sobre las remisiones y las aprobaciones previas en la (página 35).

**Los indios americanos y los nativos de Alaska no necesitan una remisión ni un permiso para recibir atención de estos proveedores.** Estos proveedores deben facturar los servicios a Advanced Health. Solo pagaremos por los beneficios cubiertos. Si un servicio necesita aprobación, el proveedor debe solicitarla primero.

Los indios americanos y los nativos de Alaska tienen derecho a darse de baja de Advanced Health en cualquier momento y hacer que el Pago por servicio (FFS) de OHP pague por su atención. Obtenga más información sobre cómo darse de baja o cambiar su CCO en la página [91].

## Nuevos miembros que necesitan servicios de inmediato

Los miembros que son nuevos en OHP o en Advanced Health pueden necesitar recetas, suministros u otros artículos o servicios lo antes posible. Si no puede ver a su proveedor de atención primaria (PCP) o a su dentista de atención primaria (PCD) en los primeros 30 días con Advanced Health:

- Llame a Coordinación de la atención al 541-269-7400/800-264-0014. Ellos pueden ayudarlo a obtener la atención que necesita. Coordinación de la atención también puede ayudar con Medicare a los miembros de OHP. (Vea la página 33 para obtener más información sobre la Coordinación de la atención).
- Haga una cita con su PCP tan pronto como pueda. Puede encontrar el nombre y número en su tarjeta de identificación de Advanced Health.
- Llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014 si tiene preguntas y quiere saber de sus beneficios. Ellos pueden ayudarlo con lo que necesite.

## Proveedores de atención primaria (PCP)

**Un proveedor de atención primaria es con quien irá para las visitas normales, las recetas y la atención. Usted puede elegirlo, o nosotros podemos ayudarlo a elegir.**

Los proveedores de atención primaria (PCP) pueden ser médicos, enfermeros de práctica avanzada y más. Usted tiene derecho a elegir un PCP de la red de Advanced Health. Si usted no elige un proveedor en un plazo de 90 días desde que haya empezado a ser miembro, Advanced Health lo asignará a una clínica o elegirá un PCP para usted. Advanced Health informará a su PCP de la asignación y a usted le enviará una carta con la información de su proveedor. Cuando se inscriba, le enviaremos por correo un Paquete de bienvenida. En este paquete estarán las instrucciones de cómo elegir su PCP. Puede elegir un PCP mediante la herramienta Find a Provider (Buscar un proveedor) en <https://advancedhealth.com>. También puede ir directamente a la herramienta Find a Provider (Buscar un proveedor) en <https://advancedhealth.com/members/find-a-provider/>. Escriba el tipo de PCP que quiere, el área que prefiere y cualquier preferencia de idioma o sexo que tenga. Elija un proveedor que esté aceptando nuevos pacientes. Puede hacer clic en el nombre del proveedor para ver más información. Una vez que haya elegido al PCP, llame a Servicios para Miembros para avisarnos. Nosotros actualizaremos su selección de PCP en nuestro sistema. Si necesita ayuda, puede llamar a Servicio al Cliente al 541-269-7400. Su PCP trabajará con usted para ayudarlo a mantenerse lo más sano posible. Lleva un registro de todas sus necesidades de atención básica y especializada. Su PCP:

- Se familiarizará con usted y su historia médica.
- Le dará atención médica.
- Mantendrá su expediente médico actualizado y en un solo lugar.

Su PCP lo remitirá a un especialista o lo ingresará en un hospital si fuera necesario.

Cada miembro de su familia que esté en el OHP debe elegir un PCP. Cada persona puede tener un PCP diferente.

**No se olvide de preguntar a Advanced Health por un dentista, un proveedor de salud mental y una farmacia.**

Le enviaremos por correo un paquete de bienvenida. En este paquete estarán las instrucciones para elegir un proveedor. Puede elegir uno usando la herramienta Find a Provider (Buscar un proveedor). Puede encontrar la herramienta Find a Provider (Buscar un proveedor) en <https://advancedhealth.com/members/find-a-provider/>. Elija el tipo de proveedor que esté buscando. Elija el área, idioma y sexo que prefiera. Se mostrará una lista de proveedores. Puede hacer clic en el nombre del proveedor para ver más información sobre el proveedor. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400.



Cada miembro de su familia debe tener un dentista que será su dentista de atención primaria (PCD). Usted visitará a su PCD para la mayoría de sus necesidades de atención dental. Su PCD lo remitirá a un especialista si necesita ir con uno.

Su PCD es importante porque:

- Es su primer contacto cuando necesite atención dental.
- Administra sus servicios y tratamientos médicos dentales.
- Organiza su atención especializada.

Llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (TTY 711) si quiere cambiar de PCP, PCD u otros proveedores. Puede empezar a ver a su nuevo PCP, PCD o a otros proveedores el día en que se haga este cambio.

## Proveedores dentro de la red

Advanced Health trabaja con algunos proveedores, pero no con todos. Los proveedores con los que trabajamos se llaman proveedores de la red o participantes. Los proveedores con los que no trabajamos se llaman proveedores fuera de la red. Es posible que pueda ir con proveedores fuera de la red si fuera necesario, pero ellos deben trabajar con el Plan de Salud de Oregón.

Puede ir con proveedores fuera de la red para la atención primaria si:

- Está cambiando de CCO o de pago por servicio de OHP a una CCO (vea la página 98).
- Es indio americano o nativo de Alaska (vea la página 28).

## Directorio de proveedores

Puede elegir a su PCP, PCD o a otros proveedores del directorio de proveedores en: <https://advancedhealth.com>. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener ayuda.

Estos son algunos ejemplos de la información que puede encontrar en el Directorio de proveedores:

- Si un proveedor está aceptando nuevos pacientes
- Tipo de proveedor (médico, dental, salud conductual, farmacia, etc.)
- Cómo comunicarse con ellos
- Opciones de atención por video y teléfono (telesalud)
- Ayuda de idiomas (incluyendo traducciones e intérpretes)
- Adaptaciones para personas con discapacidades físicas o mentales



Puede obtener una copia impresa. Puede obtenerla gratis en otro formato (como otros idiomas, letra grande o Braille). Llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014.

## Haga una cita

**Puede hacer una cita con su proveedor tan pronto como lo haya elegido.**

Cuando necesite atención, su primera llamada debería ser a su PCP. Su PCP le dará una cita o lo ayudará a decidir qué tipo de atención necesita. También puede remitirlo a otros servicios o recursos con cobertura. Llámelo directamente para hacer una cita.

Si es la primera vez que visita a su PCP, haga una cita para un chequeo. Así podrá conocerlo a usted y su historia médica antes de que tenga un problema o una preocupación. Esto lo ayudará a evitar cualquier demora la primera vez que necesite usar sus beneficios.

Antes de su cita, escriba:

- Preguntas que tenga para su PCP u otros proveedores
- Historia de problemas médicos en su familia
- Recetas, medicamentos sin receta, vitaminas o suplementos que toma

Pida una cita en el horario de atención y dígales:

- Que usted es miembro de Advanced Health
- Su nombre y número de identificación de Advanced Health
- Qué tipo de cita necesita
- Si necesita un intérprete y el idioma que necesita

Avíseles si está enfermo y necesita ver a alguien ese día.

**Puede obtener transporte gratis para su cita.** Obtenga más información sobre el transporte gratuito para recibir atención en la página 74.

## Citas a las que no pueda ir

Procure no faltar a las citas. Si necesita faltar a una cita, llame a su PCP y cancélela de inmediato. Ellos le programarán otra visita. Si no avisa al consultorio de su proveedor con antelación, es posible que no lo atiendan de nuevo.

**Cada proveedor tiene sus propias normas sobre las citas a las que falte. Pregúnteles cuáles son sus reglas.**

## Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Puede elegir otro proveedor de nuestra Red de proveedores. Llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400 para obtener ayuda. Puede ir al sitio web de Advanced Health para elegir otro proveedor o en el enlace en <https://advancedhealth.com/members/find-a-provider/>. Vea el perfil del proveedor para asegurarse de que esté aceptando nuevos miembros. Después de que haya encontrado el proveedor con el que quiere ir, llame a Servicio al Cliente y ellos lo ayudarán.

## Cambios en los proveedores de Advanced Health

Nosotros le avisaremos cuando uno de sus proveedores habituales deje de trabajar con Advanced Health. Recibirá una carta 30 días antes de que ocurra el cambio. Si ya se hizo ese cambio, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días a partir del cambio.

## Segundas opiniones

Usted tiene derecho a obtener una segunda opinión sobre su condición o tratamiento. Las segundas opiniones son gratis. Si quiere una segunda opinión, llame a Servicio al Cliente de Advanced Health y díganos que quiere ir con otro proveedor.

Si no hay un proveedor calificado en nuestra red y quiere ver a un proveedor fuera de la red para obtener una segunda opinión, comuníquese con Servicio al Cliente de Advanced Health para recibir ayuda. Organizaremos una segunda opinión gratis.

## Encuesta sobre su salud

Poco después de que se haya inscrito, Advanced Health le enviará por correo una encuesta sobre su salud. Puede completarla por correo o por teléfono. Puede encontrar una copia de la encuesta sobre su salud de Advanced Health en línea en <https://advancedhealth.com> o llamar al 541-269-7400/800-264-0014 para que un miembro del equipo de Coordinación de la atención lo ayude a completarla.

La encuesta tiene preguntas sobre su salud general con el objetivo de ayudar a disminuir los riesgos médicos, mantener la salud y prevenir enfermedades.

La encuesta pregunta sobre:

- Su acceso a comida y vivienda
- Sus hábitos (como ejercicio, hábitos de alimentación y si fuma o bebe alcohol)
- Cómo se siente (para ver si tiene depresión o necesita un proveedor de salud mental)

- Su bienestar general, salud oral e historia médica
- Su idioma principal
- Cualquier necesidad especial de atención médica, como embarazo de alto riesgo, condiciones crónicas, trastornos de salud conductual y discapacidades, etc.
- Si quiere apoyo de un equipo de Coordinación de la atención

Sus respuestas nos ayudan a saber:

- Si necesita algún examen médico, incluyendo exámenes de la vista o dentales
- Si tiene necesidades de atención médica de rutina o especiales
- Sus condiciones crónicas
- Si necesita servicios y apoyos de largo plazo
- Si hay preocupaciones de seguridad
- Dificultades que pueda tener para recibir atención
- Si necesita más ayuda con la Coordinación de la atención. Vea la página 34 para la Coordinación de la atención.

Un miembro de Coordinación de la atención revisará su encuesta. Lo llamarán para hablar sobre sus necesidades y ayudarlo a entender sus beneficios.

Si no recibimos su encuesta, nos comunicaremos con usted para asegurarnos de que la haya completado en un plazo de 90 días a partir de la inscripción. Si quiere que le enviemos una encuesta, puede llamar a Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400/800-264-0014 y le enviaremos una.

Puede ser que compartamos su encuesta con su médico u otros proveedores. Advanced Health le pedirá permiso antes de compartir su encuesta con los proveedores.

## Miembros que están embarazadas

Si está embarazada, OHP presta servicios adicionales para ayudarla a usted y a su bebé a estar sanos. Cuando esté embarazada, Advanced Health puede ayudarla a recibir la atención que necesita. También puede cubrir su parto y su atención por un año después del embarazo.

**Esto es lo que debe hacer antes del parto:**

- Informe a OHP que está embarazada en cuanto lo sepa.** Llame al 800-699-9075 (TTY 711) o inicie sesión en su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov).
- Informe a OHP su fecha de parto.** No es necesario que sepa la fecha exacta en este momento. Si está lista para dar a luz, llámenos de inmediato.

- Pregúntenos sobre sus beneficios por embarazo.**

### Después del parto:

- Llame a OHP o pida al hospital que envíe una notificación de recién nacido a OHP.** OHP dará cobertura a su bebé desde el nacimiento. Su bebé también tendrá Advanced Health.

## La prevención es importante

Queremos prevenir problemas médicos antes de que sucedan. Usted puede hacer de esto una parte importante de su atención. Hágase chequeos médicos y dentales con regularidad para saber qué está pasando con su salud.

Algunos ejemplos de servicios de prevención:

- Vacunas para niños y adultos
- Revisiones y limpiezas dentales
- Mamografías (radiografías de mama)
- Prueba de Papanicolaou
- Atención en el embarazo y del recién nacido
- Exámenes de bienestar
- Exámenes de próstata para hombres
- Revisiones anuales
- Exámenes del niño sano

Una boca sana también mantiene el corazón y el cuerpo más sanos.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 541-269-7400/800-264-0014, o al 711 (TTY).

## Obtenga ayuda para organizar su atención con la Coordinación de atención médica.

Puede obtener la Coordinación de la atención de su centro de atención primaria orientado a pacientes (PCPCH), de su proveedor de atención primaria o de otro equipo de atención primaria. Usted, o alguien en su nombre, pueden pedir la Coordinación de la atención en cualquier momento. Llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400 o visite <https://advancedhealth.com> para obtener más información sobre la Coordinación de la atención.

Advanced Health tiene personal que es parte de su equipo de Coordinación de la atención. El personal de Advanced Health se ha comprometido a apoyar a los miembros con sus necesidades de atención y pueden ayudarlo a encontrar los servicios de salud física, de desarrollo, dental, conductual y social, donde y cuando los necesite.

## Trabajamos juntos para su atención

Su equipo de Coordinación de la atención:

- Lo ayudará a entender sus beneficios y cómo funcionan.
- Usará programas de atención para ayudarlo a manejar las condiciones de médicas crónicas como diabetes, enfermedades del corazón y asma.
- Lo ayudará con problemas de salud conductual como depresión y trastornos por consumo de sustancias.
- Lo ayudará a encontrar las formas de obtener los servicios y recursos adecuados para asegurarse de que se sienta cómodo, seguro y atendido.
- Lo ayudará a elegir un proveedor de atención primaria (PCP).
- Le dará atención y consejos fáciles de seguir.
- Lo ayudará a programar las citas médicas y las pruebas.
- Lo ayudará a programar el transporte a sus citas con el médico.
- Lo ayudará en el cambio de su atención cuando sea necesario.
- Lo ayudará a obtener la atención de proveedores especialistas.
- Lo ayudará a cerciorarse de que sus proveedores se hablen entre sí sobre sus necesidades de atención médica.
- Crearán con usted un plan de atención que cubra sus necesidades médicas.

Su equipo de Coordinación de la atención puede ayudarlo a encontrar y acceder a otros recursos en su comunidad, como ayuda para necesidades no médicas. Algunos ejemplos son:

- Ayuda para encontrar una vivienda
- Ayuda para el alquiler y los servicios públicos
- Servicios de nutrición
- Transporte
- Capacitaciones y clases
- Apoyo a la familia
- Servicios sociales
- Dispositivos para condiciones climáticas extremas

El objetivo de la Coordinación de la atención es mejorar su salud general. Trabajaremos juntos para ayudarlo a descubrir sus necesidades de atención médica y a ocuparse de su salud y bienestar.

Su equipo de coordinadores de la atención trabajará de cerca con usted. Ellos lo pondrán en contacto con los recursos de la comunidad y de apoyo social que puedan ayudarlo. Este equipo incluirá a diferentes personas que trabajarán juntos para cubrir sus necesidades, como los proveedores, los especialistas y los programas de la comunidad con los que trabaja. La función de su equipo de atención es asegurarse de que las personas adecuadas sean parte de su atención para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Todos trabajaremos juntos para apoyarlo.

Usted y su equipo de atención asignado prepararán un plan de atención. Este plan lo ayudará a cubrir sus necesidades. Su plan de atención tendrá una lista de los apoyos y servicios que necesita para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Este plan trata las necesidades médicas, dentales, culturales, de desarrollo, conductuales y sociales para que obtenga resultados positivos de salud y bienestar. El plan se revisará y se actualizará al menos anualmente y a medida que cambien sus necesidades o si usted lo pide. Usted recibirá una copia de su plan de atención.

## **Disponibilidad de la Coordinación de la atención**

Los servicios de Coordinación de la atención están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Su PCP es el responsable principal de coordinar los servicios. Usted recibirá una carta informándolo de quién es su PCP y cómo contactarlo. Advanced Health trabajará con su PCP para ayudar a coordinar su atención. Usted puede llamar a Servicio al Cliente para obtener ayuda para coordinar su atención en cualquier momento. Nosotros podemos asignarle un coordinador de la atención si fuera necesario. Usted puede llamar a Servicio al Cliente para que lo ayuden a encontrar un PCP. Llame a Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400 para obtener más información sobre la Coordinación de la atención.

## **Miembros con Medicare**

También puede recibir ayuda con sus beneficios del OHP y de Medicare. Un miembro del personal del equipo de Coordinación de la atención trabaja con usted, sus proveedores, su plan Medicare Advantage o su cuidador. Nos asociamos con estas personas para ofrecerle servicios sociales y de apoyo, como servicios basados en la comunidad específicos culturalmente.

## Sus beneficios

### Cómo decide Oregón lo que cubrirá el OHP

Hay muchos servicios disponibles para usted como miembro del OHP. La forma como Oregón decide qué servicios pagar se basa en la **Lista priorizada de servicios médicos**. Esta lista se compone de diferentes condiciones médicas (llamadas diagnósticos) y los tipos de procedimientos que tratan las condiciones. Un grupo de expertos médicos y ciudadanos comunes trabajan juntos para hacer la lista. Este grupo se llama Comisión de revisión de evidencia médica (Health Evidence Review Commission, HERC) de Oregón. El gobernador los nombra.

La lista tiene combinaciones de todas las condiciones y sus tratamientos. Estas se llaman pares de condiciones/tratamientos.

Los pares de condiciones/tratamientos se clasifican en la lista según la gravedad de cada condición y la eficacia de cada tratamiento.

#### **Para miembros mayores de 21 años:**

OHP no cubre todos los pares de condiciones y tratamientos. Hay un límite en la lista llamado “la línea” o “el nivel de financiamiento”. Los pares que están arriba de la línea están cubiertos y los pares que están abajo de la línea no lo están. Algunas condiciones y tratamientos que están arriba de la línea tienen ciertas reglas y puede ser que no estén cubiertos.

#### **Para miembros menores de 21 años:**

Todos los servicios médicamente necesarios y médicamente apropiados deben estar cubiertos, basados en sus necesidades individuales y su historia médica. Esto incluye lo que está “abajo de la línea” en la Lista priorizada y los servicios que no están en la Lista priorizada, como el equipo médico duradero. Vea la página [66] para obtener más información sobre la cobertura para miembros menores de 21 años.

Obtenga más información sobre la Lista priorizada en:

<https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/prioritized-list.aspx>

### Acceso directo

Usted tiene “acceso directo” a los proveedores cuando no necesita una remisión ni aprobación previa para un servicio. Siempre tiene acceso directo a los servicios de emergencia y urgentes. Vea en los siguientes cuadros los servicios con acceso directo y que no necesitan remisión ni aprobación previa.



## No se necesita remisión ni aprobación previa

No necesita tener una remisión ni la aprobación previa para algunos servicios. Esto se llama acceso directo.

Para estos servicios no se necesita una remisión ni una aprobación previa:

- **Servicios de emergencia**  
Por atención física, dental o de salud conductual
- **Servicios de atención de urgencia**  
Por atención física, dental o de salud conductual
- **Servicios de planificación familiar**
- **Servicios médicos para la mujer**  
Por atención de rutina y de prevención
- **Exámenes por abuso sexual**
- **Servicios de evaluación de salud conductual**
- **Servicios de salud conductual ambulatorios y prestados por compañeros**  
De un proveedor dentro de la red
- **Servicios de coordinación de la atención**  
Disponible para todos los miembros

## Cómo obtener la aprobación previa

Algunos servicios, como las operaciones y los servicios de paciente hospitalizado, necesitan aprobación antes de recibirlos. Esto es para estar seguros de que la atención es médicamente necesaria y adecuada para usted. Su proveedor se encargará de esto. Algunas veces su proveedor puede enviarnos información que ayuda a que obtenga el servicio. Aunque el proveedor no está obligado a enviarnos la información, es posible que Advanced Health necesite revisar su caso para cerciorarse de que debería recibir el servicio.

Es importante que sepa que esas decisiones se basan únicamente en si la atención o el servicio es adecuado para usted y si usted tiene la cobertura de Advanced Health. Advanced Health no recompensa a los proveedores ni a ninguna persona por denegar la cobertura o la atención. Nunca se da más dinero a nadie que toma una decisión de decir no a una solicitud de atención. Comuníquese con Servicio al Cliente de Advanced Health llamando al 541-269-7400/800-264-0014 si:

- Tiene preguntas
- Necesita comunicarse con nuestro Departamento de Administración de la Utilización (Utilization Management Department)
- Necesita una copia de las directrices clínicas



Es posible que no reciba el servicio si no se aprueba. Revisamos las solicitudes de aprobación previa tan rápido como sea necesario por su condición médica. La mayoría de las decisiones de servicios se toman en un plazo de 14 días. A veces una decisión puede tomar hasta 28 días. Esto solo sucede cuando estamos esperando más información. Si usted o su proveedor consideran que seguir el plazo de tiempo estándar pone en peligro su vida, su salud o su capacidad funcional, podemos tomar una decisión de “autorización de servicio urgente”. Las decisiones de servicio urgente suelen tomarse en un plazo de 72 horas, pero puede haber una extensión de 14 días. Tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la extensión de la decisión. Vea la página 108 para saber cómo presentar una queja.

Si necesita la aprobación previa para una receta, tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas. Si necesitamos más información para tomar una decisión, esto puede tomar 72 horas.

Vea la página [81] para obtener información sobre las recetas.

No necesita aprobación para servicios de urgencia o emergencia ni para servicios de atención posterior a una emergencia. Vea la página [86] para obtener información sobre los servicios de emergencia.



## Servicios que necesitan la aprobación previa

- **Servicios de hospital para pacientes hospitalizados**
- **Servicios residenciales y de desintoxicación para trastornos por consumo de sustancias de pacientes hospitalizados**
- **Tratamiento con ayuda de medicamentos para trastornos por consumo de sustancias**  
Los primeros 30 días de tratamiento no necesitan aprobación previa
- **Servicios fuera de la red para trastornos por consumo de sustancias**
- **Dentaduras postizas parciales o completas**
- **Coronas**
- **Terapia de tratamiento de canal en muelas**

Advanced Health puede pedir la aprobación previa para los servicios que no se mencionan aquí.

## Remisiones por los proveedores y sin remisión

Para que reciba la atención del proveedor adecuado es posible que se necesite una remisión. Una **remisión** es una orden escrita de su proveedor donde se indica la necesidad de un servicio.

Por ejemplo: si su PCP no puede prestarle los servicios, es necesario que lo remitan a un especialista. Si se necesita la aprobación previa para el servicio, su proveedor pedirá la aprobación a Advanced Health.

Si no hay un especialista cerca de donde usted vive o un especialista que trabaje con Advanced Health (también llamado dentro de la red), es posible que deban coordinarlo con el equipo de Coordinación de la atención para buscar que lo atiendan fuera de la red. No hay ningún costo adicional si esto sucede.

Muchas veces su PCP puede darle los servicios que necesita. Si cree que puede necesitar que lo remitan a un especialista de atención médica, pregúntele a su PCP. No necesita una remisión si está teniendo una emergencia.



### Servicios que necesitan una remisión

- **Tratamiento con ayuda de medicamentos para trastornos por consumo de sustancias**
- **Servicios de especialistas**  
Si tiene necesidades especiales de atención médica, su equipo de atención médica puede trabajar para que tenga acceso a especialistas sin una remisión.

Si usa un proveedor de atención dental que no sea su dentista de atención primaria, puede ser que necesite una remisión para estos servicios:

- **Exámenes bucales**
- **Dentaduras postizas parciales o completas**
- **Extracciones**
- **Tratamiento de canal**

## Algunos servicios no necesitan remisión de su proveedor. Esto se llama sin remisión.

**Sin remisión** significa que puede buscar en el directorio de proveedores el tipo de proveedor con el que quiere ir. Puede llamar a ese proveedor para programar una visita sin que su proveedor lo remita. Obtenga más información sobre el Directorio de proveedores en la página [31].

### Servicios a los que puede ir sin remisión:

- Visitas a su PCP
- Atención cuando tiene una emergencia
- Servicios de su OB/GYN en la red para servicios de rutina o de prevención
- Atención por infecciones de transmisión sexual (STI)
- Vacunas
- Servicios de trabajadores médicos tradicionales
- Servicios de rutina de proveedores de la vista dentro de la red
- Servicios dentales de proveedores dentro de la red
- Servicios de planificación familiar, incluso si son fuera de la red
- Servicios de salud mental por problemas con alcohol u otras drogas

Tratamiento asertivo de la comunidad

**Es posible que aún sea necesaria la aprobación previa para un servicio cuando sea sin remisión. Hable con su PCP o comuníquese con Servicio al Cliente si tiene preguntas sobre si necesita una aprobación previa para recibir un servicio.**

### Clave de los íconos de los cuadros de beneficios



#### Servicios que necesitan la aprobación previa

Algunos servicios necesitan aprobación antes de recibirlos. Su proveedor debe hablar con la CCO para obtener la aprobación. Esto se conoce como aprobación previa.



#### Servicios que necesitan una remisión

Una remisión es una orden escrita de su proveedor donde se indica la necesidad de un servicio. Debe pedir la remisión a un proveedor.




#### No se necesita remisión ni aprobación previa


No necesita tener una remisión ni la aprobación previa para algunos servicios. Esto se llama acceso directo.





## Beneficios para la salud física

Abajo hay una lista de los beneficios médicos que disponibles para usted sin ningún costo. Vea la columna “Servicio” para saber cuántas veces puede recibir cada servicio gratuitamente. Vea la columna “Cómo acceder al servicio” para saber si necesita obtener una remisión o una aprobación previa para el servicio. Advanced Health coordinará los servicios gratis si necesita ayuda.


*\*Si mira un \* en el cuadro de beneficios, eso quiere decir que un servicio puede cubrir más de los límites que se mencionan para los miembros menores de 21 años si fuera médicamente necesario y adecuado. Vea la página 66 para obtener más información.*

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<p><b>Servicios de coordinación de la atención.</b></p> <p><b>Servicios de coordinación de la atención</b> No hay límite para la atención. Comuníquese con Servicios para Miembros para que lo pongan en contacto con ellos. Incluye un equipo de atención para ayudarlo con sus necesidades de atención. Algunos ejemplos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudarlo a entender sus beneficios y cómo funcionan.</li> <li>• Ayudarlo a encontrar proveedores y hacer citas.</li> <li>• Ayudarlo con la transición de la atención.</li> <li>• Crear planes de atención que cubran sus necesidades</li> <li>• Contactarlo con recursos para necesidades no médicas como apoyos con vivienda y servicios de nutrición. Vea la página [34] para obtener más información.</li> </ul>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p><b>Servicios de cuidados paliativos y de hospicio</b> Servicios para reconfortar a una persona que se está muriendo. También eso ayuda a la familia. Los servicios de hospicio pueden ser para tratamiento del dolor, orientación y atención de relevo. Los servicios de hospicio están cubiertos para los clientes que tienen confirmada una enfermedad terminal. Los</p>	<p>Algunos servicios necesitan aprobación; comuníquese con Servicio al Cliente</p>	<p>Todos los miembros</p>



<b>Servicio</b>	<b>Cómo acceder al servicio</b>	<b>Quién puede obtenerlo</b>
<p>servicios de cuidados paliativos están cubiertos para los pacientes con una enfermedad potencialmente mortal o progresiva grave. Esto es para disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida. La cobertura está basada en las Directrices de OHP. Deben cumplirse ciertas cosas para recibir los servicios.</p>		
<p><b>Servicios de diagnóstico</b>            No hay límite si son médicamente necesarios. Los servicios de diagnóstico se usan para ayudar a diagnosticar una condición. También son para guiar el tratamiento. Algunos servicios están sujetos a las Directrices. Puede encontrarlos en la Lista priorizada de servicios. Algunos ejemplos de estos servicios son radiografías, MRI, CT y análisis de sangre.</p>	<p>Algunos servicios necesitan autorización previa; comuníquese con Servicio al Cliente</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p><b>Equipo médico duradero</b>            Este es un tipo de equipo que dura mucho tiempo. No se agota como los suministros médicos. Esto incluye cosas como sillas de ruedas, andadores, camas de hospital, dispositivos para ayudarlo a respirar mientras duerme y medias de compresión. Los suministros médicos pueden incluir cosas como suministros para diabéticos. La cobertura está basada en las Directrices de OHP y las OAR de DME. Puede haber limitaciones en la cantidad que puede obtener.</p>	<p>Algunos equipos necesitan autorización previa; comuníquese con Servicio al Cliente</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p><b>*Control de niño sano, servicios de detección precoz y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)</b>            Los servicios de EPSDT son para evaluar el desarrollo de la salud física y mental.             Algunos ejemplos de esto son atención de la vista, anteojos, atención de recién nacido, vacunas y de control de niño sano. Vea la página [66] para obtener más información.</p>	<p>            No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Miembros de 0-20 años</p>



Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<p><b>Cirugías/procedimientos electivo</b>  Esto se planifica con antelación. Son médicamente necesarios. Algunos ejemplos de esto son un trasplante de corazón, un trasplante de riñón o una operación para arreglar un hueso roto. Deben cumplirse ciertos criterios.</p> <p>Este es un servicio cubierto según las directrices de OHP y las condiciones médicas.</p>	 Se necesita aprobación previa	Todos los miembros
<p><b>Transporte médico de emergencia</b>  Cubrimos un viaje al hospital en ambulancia. Los servicios están cubiertos cuando es una emergencia médica. Un ejemplo sería si se cae y se rompe la pierna. Nosotros pagaremos el viaje al hospital en ambulancia. No necesita aprobación previa.</p>	 No se necesita aprobación previa	Todos los miembros
<p><b>Servicios de emergencia</b>  Los servicios de emergencia son cuando alguien necesita ayuda inmediatamente. Puede ser debido a una lesión o enfermedad grave. Estos servicios son para mejorar o evitar que su condición empeore. Pueden ser por salud física o mental. No debería recibir ninguna factura por este servicio. Comuníquese con Advanced Health si recibe una factura por servicios de emergencia. Vea la página 92 para obtener más información.</p> <p>Un ejemplo es una visita a la sala de emergencias. Cubrimos la atención de emergencia dentro de los Estados Unidos.</p>	 No se necesita una remisión ni aprobación previa	Todos los miembros
<p><b>Servicios de planificación familiar</b>  La planificación familiar es un servicio para prevenir o retrasar un embarazo sin costo para usted. Algunos ejemplos son los métodos anticonceptivos y los</p>	 No se necesita una	Todos los miembros


Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<p>exámenes anuales. Puede ir con proveedores dentro o fuera de la red para estos servicios.</p> <p>Cubrimos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de atención médica de la mujer, PCP u otros proveedores para servicios de atención médica de rutina y preventivos.</li> <li>• Aprender y hablar con alguien sobre anticonceptivos. No se necesita remisión ni aprobación. Usted tiene acceso directo a estos servicios. Para algunos servicios puede ser necesario que tenga una orden de su PCP o de un especialista. No hay límites cuando va con cualquier proveedor que acepte su tarjeta de identificación para esos servicios y que sean médicamente necesarios.</li> <li>• Obtener suministros como parches, píldoras anticonceptivas y otros dispositivos para evitar el embarazo.</li> <li>• También está cubierto el anticonceptivo de emergencia llamado píldora del “día después”.</li> <li>• Esterilización (ligadura de trompas y vasectomías) cuando lo hace un proveedor dentro de la red.</li> <li>• Servicios de radiología (diagnóstico por imágenes)</li> <li>• Pruebas de laboratorio</li> </ul> <p>Los servicios relacionados que también están cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de Papanicolaou</li> <li>• Prueba de embarazo</li> <li>• Evaluación y orientación por enfermedades de transmisión sexual (STD), incluyendo sida y el VIH</li> </ul>	<p>remisión ni aprobación previa</p>	


Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abortos: están cubiertos directamente por OHP (comuníquese con OHA visitando <a href="https://www.oregon.gov/oha/PH/HEALTHYPEOPLEFAMILIES/REPRODUCTIVESEXUALHEALTH/OREGONCONTRACEPTIVECARE/Pages/index.aspx%23abortion">https://www.oregon.gov/oha/PH/HEALTHYPEOPLEFAMILIES/REPRODUCTIVESEXUALHEALTH/OREGONCONTRACEPTIVECARE/Pages/index.aspx%23abortion</a>)</li> </ul>		
<p><b>Atención de afirmación de género</b></p> <p>La atención de afirmación de género es cuando alguien recibe apoyo y ayuda médica para sentirse más cómodo con su identidad de género. Los servicios incluyen medicamentos, operaciones, salud mental y servicios no médicos. Esos servicios son para las personas transgénero y no binarias. La cobertura está basada en las directrices de OHP. Para recibir los servicios se deben cumplir ciertos requisitos.</p> <p>Algunos ejemplos son los servicios de transición de género, como terapia hormonal, orientación y algunas operaciones.</p>	 <p>Se necesita aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <p>Los servicios de audición están relacionados con la audición, la pérdida de audición y la atención de oídos.</p> <p>En un período de 12 meses, usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una prueba de audición básica</li> <li>• Una prueba de audición integral</li> <li>• Una evaluación y selección de aparatos auditivos</li> <li>• Una evaluación electroacústica para aparatos auditivos: para uno o ambos oídos</li> <li>• Una prueba de audición de tono puro (umbral); conducción aérea y ósea</li> </ul>	<p>Es posible que se necesite una aprobación previa. Se necesita la aprobación previa para los aparatos auditivos</p>	<p>Todos los miembros</p>









Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Algunos ejemplos son pruebas de audición, reparación del tímpano y aparatos auditivos		
<p><b>Servicios de atención médica en casa</b>            Servicios que recibe en casa para ayudarlo a vivir mejor después de una operación, una enfermedad o una lesión. Esto incluye ayuda con medicamentos, comidas y bañarse. La cobertura está basada en las Normas administrativas de Oregón. Puede haber limitaciones según su plan de tratamiento y necesidad médica.</p> <p>Algunos ejemplos son servicios de asistente de atención médica en casa, terapia ocupacional, terapia física, enfermería especializada y terapia del habla.</p>	 Se necesita aprobación previa	Todos los miembros
<p><b>Vacunas y vacunas para viajar</b>            Estos son medicamentos que ayudan al cuerpo a producir la protección contra una enfermedad específica. Algunos ejemplos son la gripe y las vacunas del covid. Las vacunas están cubiertas según las recomendaciones del por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices).</p>	Algunas vacunas pueden necesitar la aprobación previa.	Todos los miembros
<p><b>Servicios de hospital para pacientes hospitalizados</b>            Los servicios de paciente hospitalizado son cuando ingresa en un hospital y se queda al menos tres (3) noches. La cobertura está basada en las Normas administrativas de Oregón. Los miembros no tienen limitaciones de días en el beneficio de hospital para tratamiento de los servicios cubiertos.</p> <p>Algunos servicios para el tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta se deben aprobar con antelación.</p>	 Se necesita aprobación previa	Todos los miembros


Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<p><b>Servicios de intérprete</b> Estos son servicios para ayudar cuando las personas que hablan otro idioma necesitan hablar. Esto permite que todos se entiendan. Estos servicios están disponibles sin costo. Están disponibles para necesidades físicas, orales, conductuales y sociales. Llame a Servicios para Miembros para programarlo.</p>	 No se necesita una remisión ni aprobación previa	Todos los miembros
<p><b>Servicios de laboratorio, radiografías y otros procedimientos</b> Los servicios de diagnóstico se usan para ayudar a diagnosticar una condición. También son para guiar el tratamiento. Algunos servicios están sujetos a las Directrices. Puede encontrarlos en la Lista priorizada de servicios. Algunos ejemplos de estos servicios son radiografías, MRI, CT y análisis de sangre. Límites en pruebas genéticas.  No hay límite si son médicamente necesarios. Algunos servicios necesitan autorización previa; llame a Servicio al Cliente.</p>	No se necesita remisión, excepto para las pruebas genéticas	Todos los miembros
<p><b>Servicios de maternidad</b> Servicios prestados a las familias durante el embarazo, el trabajo de parto y parto, y después del nacimiento hasta por seis meses. Esto incluye la atención prenatal, apoyo para amamantar, servicios de apoyo para la lactancia y pruebas genéticas prenatales para las personas embarazadas.  Algunos ejemplos son atención para usted y su bebé después de que nazca y atención de la vista para el recién nacido. La atención prenatal de rutina y el parto no tiene límites.</p>	 No se necesita una remisión ni aprobación previa	Miembros embarazadas
<p><b>Transporte para recibir atención. También llamados servicios de transporte médico no urgente (NEMT)</b></p>	Debe preregistrarse mediante Bay	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Transporte para citas de salud física, conductual y oral. Vea la página [74] para obtener más información.	Cities Brokerage	
<p><b>Servicios ambulatorios de hospital</b></p> <p>Esto es cuando la operación o el tratamiento se hace en un hospital y luego le dan el alta. La cobertura está basada en las Directrices de OHP y puede haber limitaciones según su necesidad médica. Algunos ejemplos son quimioterapia, radiación y manejo del dolor.</p>	 <p>Se necesita aprobación previa</p>	Todos los miembros
<p><b>Servicios farmacéuticos (medicamentos con receta)</b></p> <p>Algunos medicamentos pueden tener limitaciones en la cantidad o pueden necesitar la autorización previa. Si no está seguro de si su medicamento está en nuestra lista, llame al Departamento de Servicio al Cliente (Customer Service Department).</p>	Se necesita receta	Todos los miembros
<p><b>Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla</b></p> <p>Servicios que lo ayudan a mantener, recuperar o mejorar las capacidades y el funcionamiento para la vida diaria que se perdieron o deterioraron porque estuvo enfermo, lesionado o discapacitado.</p> <p>La terapia física/ocupacional se debe aprobar con antelación.</p> <p>No se necesita aprobación previa para 30 visitas anualmente de terapia tradicional. Las visitas adicionales pueden aprobarse si es médicamente apropiado.</p> <p>Para la atención alternativa como acupuntura y masaje se necesita la aprobación previa.</p> <p>Las lesiones de médula espinal, las lesiones cerebrales traumáticas o los derrames cerebrales no</p>	Puede ser necesaria la aprobación previa para algunos servicios	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<p>están sujetos a las limitaciones de visitas durante el primer año después de una lesión aguda.</p> <p>Algunos ejemplos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla.</p>		
<p><b>Servicios de prevención</b></p> <p>Atención de rutina que incluye evaluaciones, chequeos y orientación al paciente para prevenir enfermedades u otros problemas médicos. Es posible que necesite una orden de su médico.</p> <p>Las evaluaciones adicionales están cubiertas si son médicamente necesarias.</p> <p>Cubierto cada 12 meses para mujeres mayores de 30 años. Examen rectal digital cubierto una vez al año. Pruebas de Papanicolaou: una vez cada 3-5 años, a menos que haya tenido un resultado anormal o que se le considere de alto riesgo (entonces está cubierto basándose en la recomendación de su médico). Exámenes pélvico y clínico de mama: un examen cada 12 meses (para mujeres)</p> <p>Algunos ejemplos son exámenes físicos, atención del bebé sano, vacunas, salud de la mujer (mamografía, examen ginecológico, etc.), pruebas de detección (cáncer, etc.), prevención de la diabetes, orientación nutricional, servicios para dejar de fumar, etc.</p>	<p>Puede ser necesaria la aprobación previa para algunos servicios</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p><b>Visitas al proveedor de atención primaria</b></p> <p>Las visitas incluyen servicios médicos que cubren una gama de prevención, bienestar y tratamiento para enfermedades frecuentes. Su proveedor de atención primaria puede ser un médico, un enfermero de práctica avanzada, un asistente médico, un osteópata o un naturópata algunas veces. Ellos ayudan dándole recomendaciones y tratándolo en una variedad de cuestiones relacionadas con la</p>	<p></p> <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<p>salud. También pueden coordinar su atención con especialistas. Las visitas al proveedor de atención primaria están cubiertas y se recomienda hacerlas. Vea la página [28] para obtener más información.</p> <p>Las visitas en el consultorio no tienen límite. Algunos procedimientos/tratamientos deben aprobarse con antelación.</p>		
<p><b>Exámenes por abuso sexual</b> Exámenes médicos cubiertos que se hacen por abuso o sospecha de abuso. Las visitas serán para conservar la evidencia de una agresión sexual que haya en su cuerpo y en su ropa y recomendarle la atención que pueda necesitar. Esto puede incluir un examen físico y la toma de muestras.</p> <p>Sin límites.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p><b>Servicios de especialistas</b> Servicios prestados por un proveedor médico con preparación especial para atender una parte determinada del cuerpo o un tipo de enfermedad. La cobertura está basada en las Directrices de OHP. Puede haber limitaciones según la necesidad médica.</p> <p>Para servicios dentro de la red, no se necesita remisión ni aprobación previa. Para las remisiones fuera de la red se necesita aprobación.</p> <p>No se necesita aprobación previa para las segundas opiniones, a menos que sea un especialista fuera de la red.</p>	 <p>Se necesita aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros.</p> <p>Para las personas con necesidades especiales de atención médica, no se necesita remisión.</p>
<p><b>Procedimientos quirúrgicos</b> La cirugía se usa para tratar lesiones o enfermedades abriendo el cuerpo. Se quita o se repara la parte dañada. Algunos ejemplos de servicios quirúrgicos son biopsias, apendicectomía, operación de cataratas, extirpación de la vesícula biliar o del</p>	 <p>Se necesita</p>	<p>Todos los miembros</p>

<b>Servicio</b>	<b>Cómo acceder al servicio</b>	<b>Quién puede obtenerlo</b>
apéndice. La cobertura está basada en las Directrices de OHP. Puede haber límites según la necesidad médica.	aprobación previa	
<p><b>Servicios de telesalud</b> Atención por video o por teléfono en lugar del consultorio de un proveedor.</p> <p>Algunos ejemplos son: visitas virtuales y visitas por correo electrónico. Vea la página [79] para obtener más información.</p>	 No se necesita una remisión ni aprobación previa	Todos los miembros
<p><b>Servicios de trabajadores médicos tradicionales (THW)</b> Los THW proporcionan información, herramientas y apoyo. Pueden ayudar con las preguntas que tenga sobre su atención médica y sus necesidades sociales. También pueden ayudar con la comunicación entre sus proveedores de atención médica y otras personas que participan en su atención. Algunos ejemplos son las comadronas, trabajadores médico de la comunidad, asistente de salud personal, especialista en apoyo entre pares, especialista en bienestar entre pares y trabajadores de la salud tradicionales tribales. Vea la página 69 para obtener más información.</p>	 No se necesita una remisión ni aprobación previa	Todos los miembros
<p><b>Servicios de atención de urgencia</b> Atención por una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave por la que una persona razonable buscaría atención de inmediato, pero que no es tan grave que necesite atención en sala de emergencias.</p>	 No se necesita una remisión ni aprobación previa	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<p>Los servicios están cubiertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en casa o si está viajando fuera del área de servicio dentro de los Estados Unidos.</p> <p>Vea la página 84 para obtener más información.</p>		
<p><b>Servicios médicos para la mujer (además del PCP) para atención de rutina y preventiva</b></p> <p>Atención de rutina y preventiva específica para salud de la mujer. Algunos ejemplos incluyen evaluación por osteoporosis, pruebas para detectar cáncer de mama y cervical, y tratamiento por trastornos hemorrágicos menstruales. La cobertura está basada en las Directrices de OHP y puede haber limitaciones según la necesidad médica.</p> <p>Algunos ejemplos son pruebas de Papanicolaou, pruebas de embarazo, examen pélvico y examen clínico de mamas.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p><b>*Servicios para la vista</b></p> <p><b>Los adultos no embarazados (mayores de 21 años) están cubiertos por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de la vista de rutina cada 24 meses</li> <li>• Exámenes médicos de la vista cuando sea necesario <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lentes/accesorios correctivos solo para ciertas condiciones médicas de la vista</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Los miembros menores de 21 años, adultos embarazados, adultos hasta 12 meses después del parto están cubiertos por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de la vista de rutina al menos cada 24 meses y cuando sea necesario</li> <li>• Exámenes médicos de la vista cuando sea necesario</li> <li>• Lentes/accesorios correctivos cuando sea necesario</li> </ul>	<p>Puede ser necesaria una remisión para algunos servicios.</p>	<p>Todos los miembros</p>


Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Ejemplos de condiciones médicas de la vista son afaquia, queratocono o después de una operación de cataratas.		

**El cuadro de arriba no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o remisión.** Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400/800-264-0014.

## Beneficios de atención de salud conductual

Abajo hay una lista de beneficios de salud conductual que están disponibles para usted sin ningún costo. Salud conductual significa tratamiento por salud mental y por consumo de sustancias. Vea la columna “Servicio” para saber cuántas veces puede recibir cada servicio gratuitamente. Vea la columna “Cómo acceder al servicio” para saber si necesita obtener una remisión o una aprobación previa para el servicio. Advanced Health coordinará los servicios gratuitamente si necesita ayuda.




*\*Si mira un \* en el cuadro de beneficios, eso quiere decir que un servicio puede cubrir más de los límites que se mencionan para los miembros menores de 21 años si fuera médicamente necesario y adecuado. Vea la página 66 para obtener más información.*




Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<b>Servicios de coordinación de la atención</b> No hay límite para la atención. Comuníquese con Servicios para Miembros para que lo pongan en contacto con ellos. Incluye un equipo de atención para ayudarlo con nuestras necesidades de atención. Algunos ejemplos incluyen:	 No se necesita una remisión ni aprobación previa	Todos los miembros



Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudarlo a entender sus beneficios y cómo funcionan.</li> <li>• Ayudarlo a encontrar proveedores y hacer citas.</li> <li>• Ayudarlo con la transición de la atención.</li> <li>• Crear planes de atención que cubran sus necesidades</li> <li>• Contactarlo con recursos para necesidades no médicas como apoyos con vivienda y servicios de nutrición. Vea la página [34] para obtener más información.</li> </ul>		
<p><b>Tratamiento asertivo de la comunidad</b></p> <p>Proporciona tratamiento basado en el equipo y servicios de apoyo para miembros con enfermedades mentales graves. Un equipo de proveedores de salud mental Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Admisión</li> <li>• Evaluación general</li> <li>• Evaluación específica</li> <li>• Detección</li> <li>• Tratamiento de intervención breve</li> <li>• Servicios en caso de crisis</li> <li>• Terapia individual, de grupo y familiar</li> <li>• Manejo y monitoreo de los medicamentos</li> <li>• Administración de casos de salud mental con apoyo entre pares</li> </ul>	<p>Se necesita el proceso preliminar de detección</p> <p>Visite a su PCP o proveedor de servicios de salud conductual</p>	<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<p><b>Servicios integrales</b>  Proporcionan planificación de la atención y servicios y apoyos de la comunidad a jóvenes con necesidades complejas y sus familias. La Coordinación de la atención incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar servicios como evaluaciones y tratamiento</li> <li>• Coordinar los servicios entre todos los sistemas en que esté participando el miembro</li> <li>• Coordinar la atención con todos los sistemas para cubrir las necesidades de colocación</li> </ul> <p>Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jóvenes menores de 18 años, inscritos en OHP, Advanced Health u otro seguro que califique.</li> <li>• Debe haber tenido una evaluación específica de salud mental en los últimos 60 días.</li> <li>• Recibir los servicios de al menos dos sistemas de servicio a menores.</li> <li>• Las necesidades de Coordinación de la atención no se pueden cubrir mediante los otros sistemas.</li> </ul> <p>La duración de la Coordinación de la atención varía desde 6 meses hasta 2 años, dependiendo de las necesidades.</p>	<div data-bbox="915 1010 1052 1150" data-label="Image"> </div> <p>Se necesita aprobación previa</p>	<p>Niños y jóvenes que cumplen los criterios médicos</p>

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<p><b>Servicios de evaluación de salud conductual</b></p> <p>Una evaluación donde la necesidad de los miembros de servicios de salud conductual se determina mediante una revisión de las fortalezas, las necesidades y los objetivos.</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan para cubrir las necesidades de cada miembro individual.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p><b>Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico de salud conductual (PRTS)</b></p> <p>Estos son vivienda y tratamiento para las personas con un diagnóstico que califique. Un ejemplo de esto es un centro de tratamiento residencial. Estos servicios y la duración del tratamiento dependen de las necesidades del miembro.</p>	 <p>Se necesita aprobación previa</p>	<p>Con cobertura para miembros menores de 21 años</p>
<p><b>Servicios residenciales y de desintoxicación para pacientes hospitalizados por trastorno por consumo de sustancias</b></p> <p>Nivel de atención intensiva las 24 horas del día que presta una gama de servicios de salud conductual que no se pueden prestar en un entorno de paciente ambulatorio. Los servicios de desintoxicación son servicios médicos</p>	 <p>Se necesita aprobación previa</p>	<p>Miembros menores de 21 años</p>

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<p>de corto plazo para ayudar a los miembros con síndrome de abstinencia por alcohol u otras drogas.</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento dependen de las necesidades de cada miembro individual.</p>		
<p><b>Tratamiento con ayuda de medicamentos (MAT) para trastornos por consumo de sustancias (SUD)</b></p> <p>Uso de medicamentos y terapias de salud conductual para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias</p>	<p></p> <p>Se necesita aprobación previa después de los primeros 30 días</p> <p></p> <p>Se necesita remisión</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p><b>Servicios de salud conductual ambulatorios y entre pares prestados por un proveedor dentro de la red</b></p> <p>Estos servicios son servicios de apoyo prestados en un entorno basado en la comunidad. Son para cubrir las necesidades de salud conductual del miembro. Los servicios entre pares son servicios de apoyo prestados por personas que viven con retos de salud conductual.</p> <p>Los mayores de 14 años pueden pedir los servicios sin el consentimiento de los padres/tutores. Se debe atender a los miembros en un plazo de 14 días a partir de que se solicitó la evaluación de</p>	<p></p> <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<p>admisión. Las mujeres con hijos, cuidadores no remunerados, familias y niños de 0-5 años tienen acceso de inmediato a la atención.</p> <p>La duración de los servicios depende de las necesidades del miembro.</p>		
<p><b>Servicios de especialistas en salud conductual</b></p> <p>Servicios prestados por un proveedor de servicios de salud conductual que tiene capacitación especial. Están capacitados para atender a las personas que necesitan diagnóstico y tratamiento por consumo de sustancias y salud mental. La cobertura puede tener límites según la necesidad médica.</p> <p>Algunos ejemplos de estos servicios son terapia, trabajo social y psicología.</p>	<div data-bbox="917 798 1052 940" data-label="Image"> </div> <p>Se necesita aprobación previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p><b>Servicios para el trastorno por consumo de sustancias (SUD)</b></p> <p>Estos son servicios y apoyos para miembros que tienen dificultades con el consumo de alcohol u otras drogas. A los veteranos y sus familias se les evaluará y admitirá de inmediato.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios ambulatorios, ambulatorios intensivos, tratamiento con ayuda de medicamentos, incluyendo servicios de reemplazo de opiáceos, servicios residenciales incluyendo para madres con niños y opciones de desintoxicación en entornos de hospital y que no sean</p>	<p>Es posible que se necesite la aprobación previa para los proveedores fuera del área.</p>	<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
de hospital. El tratamiento ambulatorio está disponible en entorno de clínica con citas de admisión sin cita previa.		

**El cuadro de arriba no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o remisión.** Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400/800-264-0014.

## Beneficios dentales

Todos los miembros del Plan de Salud de Oregón tienen **cobertura dental**. OHP cubre **limpiezas anuales, radiografías, empastes y otros servicios que mantienen sus dientes sanos.**

**Sus beneficios dentales los recibe mediante Advantage Dental. Puede llamarlos al 866-268-9631, TTY 711.** Advantage Dental ahora tiene un portal para miembros. En el portal puede ver los beneficios. Puede revisar su historia de reclamos. Incluso puede actualizar su información de contacto y ver quién es su dentista de atención primaria asignado.

**Los dientes sanos son importantes a cualquier edad. Estos son algunos datos importantes sobre la atención dental:**

- Una boca sana puede ayudar a evitar el dolor.
- Unos dientes sanos también mantienen su corazón y su cuerpo sanos.
- Debe ir con el dentista una vez al año.
- Cuando está embarazada, mantener sus dientes y encías sanas puede proteger la salud de su bebé.
- Resolver los problemas dentales puede ayudarlo a controlar su nivel de azúcar en la sangre.
- Los niños deben tener su primera revisión dental cuando tengan 1 año.
- Una infección en la boca se puede extender a su corazón, cerebro y cuerpo.

**Su dentista de atención primaria (PCD) puede remitirlo con un especialista para ciertos tipos de atención. Los tipos de especialistas dentales incluyen:**


- Endodoncia (para tratamiento de canales)
- Pedodoncia (para adultos con necesidades especiales y niños)
- Periodoncia (para encías)
- Ortodoncia (para aparatos ortopédicos en casos extremos)
- Cirujanos orales (para extracciones que necesiten sedación o anestesia general)




**Vea el siguiente cuadro para saber cuáles son los servicios dentales que están cubiertos.** Todos los servicios cubiertos son gratis. Estos están cubiertos si su proveedor dice que necesita los servicios. Vea la columna “Servicio” para saber cuántas veces puede recibir cada servicio gratuitamente. Vea la columna “Cómo acceder al servicio” para saber si necesita obtener una remisión o una aprobación previa para el servicio.

A veces puede ser que necesite ir con un especialista. Los servicios dentales más frecuentes que necesitan remitirse a un especialista son:




- Cirugía oral
- Atención dental basada en el hospital
- Tratamiento de canales
- Problemas de encías
- Sedación en el consultorio




*\*Si mira un \* en el cuadro de beneficios, eso quiere decir que un servicio puede cubrir más de los límites que se mencionan para los miembros menores de 21 años si fuera médicamente necesario y adecuado. Vea la página 66 para obtener más información.*





Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<p><b>Servicios de coordinación de la atención</b>            No hay límite para la atención. Comuníquese con Servicios para Miembros para que lo pongan en contacto con ellos. Incluye un equipo de atención para ayudarlo con nuestras necesidades de atención. Algunos ejemplos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudarlo a entender sus beneficios y cómo funcionan.</li> <li>• Ayudarlo a encontrar proveedores y hacer citas.</li> <li>• Ayudarlo con la transición de la atención.</li> <li>• Crear planes de atención que cubran sus necesidades.</li> <li>• Contactarlo con recursos para necesidades no médicas como apoyos con vivienda y servicios</li> </ul>	<p>            No se necesita una remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los miembros</p>



Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
de nutrición. Vea la página [34] para obtener más información.		
<p><b>Atención dental de emergencia y de urgencia</b>            Una emergencia dental es cuando usted necesita atención dental el mismo día. No hay límites cuando necesita atención dental de emergencia y está disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Las necesidades de atención dental urgente no son emergencias y algunos ejemplos incluyen tener un diente roto o un absceso. Comuníquese con su dentista para las necesidades dentales urgentes. Vea la página [xx] para obtener más información.</p> <p>Sin límites. Los miembros tienen acceso directo. Ejemplos: dolor extremo o infección, sangrado o hinchazón, lesiones en dientes o encías.</p>	 <p>No se necesita una remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p><b>Exámenes bucales</b>            Un chequeo de toda la boca incluyendo los dientes y encías.            Miembros menores de 21 años: una vez al año o según sea médicamente necesario.  <b>Miembros menores de 19 años:</b> dos veces al año  <b>Todos los demás miembros:</b> una vez al año</p>	 <p>Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p><b>Limpiezas bucales</b>            Eliminación de placa dental de las superficies de los dientes.  <b>Miembros menores de 19 años:</b> dos veces al año  <b>Todos los demás miembros:</b> una vez al año</p>	 <p>No se necesita una remisión ni</p>	<p>Todos los miembros</p>



Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
	aprobación previa.	
<p><b>Barniz de flúor</b>            Un tratamiento que puede ayudar a prevenir las caries. Puede disminuir la velocidad del deterioro o evitar que empeore.</p> <p>Miembros con riesgo promedio: una vez al año            Miembros hasta 18 años: dos veces al año; miembros hasta 18 años con riesgo alto: cuatro veces al año;            miembros mayores de 19 años: una vez al año;            miembros mayores de 19 años con riesgo alto: hasta cuatro veces por año.</p>	 No se necesita remisión ni aprobación previa, a menos que sea para determinar la necesidad médica	Todos los miembros
<p><b>Radiografías bucales</b>            Imágenes de sus dientes y mandíbula que toma una máquina especial.            Cubierto una vez al año para todos los miembros (o según sea médicamente necesario para los miembros menores de 21 años)</p>	 No se necesita remisión ni aprobación previa, a menos que sea para determinar la necesidad médica	Todos los miembros
<p><b>Selladores</b>            Recubrimiento delgado y protector en los dientes posteriores para prevenir las caries.            * Menores de 16 años. En dientes posteriores de adultos, una vez cada 5 años</p>	 No se necesita	Miembros menores de 16 años

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Miembros de 16 a 20 años: según sea médicamente necesario	remisión ni aprobación previa, a menos que sea para determinar la necesidad médica	
<p><b>Empastes</b>  Los empastes se usan para tratar un hoyo pequeño o caries en un diente.  Cubierto según se necesite para todos los miembros</p>	 No se necesita una remisión ni aprobación previa.	Todos los miembros
<p><b>Dentaduras postizas parciales o completas</b></p> Parciales: miembros mayores de 16, una vez cada 5 años, si es dentalmente apropiado Completas: una vez cada 10 años para miembros mayores de 16 años, si es dentalmente apropiado	 Se necesita aprobación previa   Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
<p><b>*Coronas</b> Una corona es una cubierta para su diente dañado. Las coronas de acero inoxidable están cubiertas solo para dientes posteriores permanentes.</p> <p>Deben cumplirse ciertos requisitos para recibir una corona. Las coronas no están cubiertas para todos los dientes. Están cubiertas 4 coronas cada 7 años.</p>	<p> Se necesita aprobación previa</p> <p> Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria</p>	<p>Para miembros embarazadas o miembros menores de 21 años</p>
<p><b>Extracciones</b> Eliminación de un diente. Hable con su DCO para saber si necesita una autorización para extraer ciertos dientes. Está cubierto para todos los miembros según se necesite.</p>	<p> Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p><b>Tratamiento de canal</b> El proceso de eliminar la pulpa dentaria infectada dentro del diente. Miembros embarazadas: cubierto para primeros molares. Miembros menores de 21 años: no cubre terceros molares (muelas del juicio).</p>	<p> Se necesita aprobación previa para los molares</p>	<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Todos los demás miembros: solo en dientes frontales y premolares.	 <p>Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria</p>	
<p><b>Ortodoncia</b> Este servicio se centra en enderezar los dientes y la mordida. En casos como el labio leporino y el paladar hendido, o cuando habla, masticar y otras funciones se ven afectadas, es necesario tener una aprobación de su dentista. Tampoco puede tener caries ni gingivitis.</p>	 <p>Se necesita aprobación previa</p>	Miembros menores de 21 años

**El cuadro de arriba no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o remisión.** Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014.

## Veteranos y miembros del programa dental del Pacto de Libre Asociación (COFA)

Si usted es miembro del Programa dental para veteranos o del Programa dental del COFA (“OHP Dental”), Advanced Health **solo** ofrece beneficios dentales y transporte gratuito a las citas dentales.

OHP y Advanced Health no ofrecen acceso a servicios de salud física o conductual ni transporte gratuito para estos servicios.

Si tiene preguntas sobre la cobertura y los beneficios disponibles, llame a Servicio al Cliente al [541-269-7400/800-264-0014](tel:541-269-7400/800-264-0014).

## Servicios que paga el OHP

Advanced Health paga por su atención, pero hay algunos servicios que no pagamos. Estos aún están cubiertos y los pagará el programa de pago por servicio del Plan de Salud de Oregón. Las CCO a veces llaman a estos servicios beneficios “no cubiertos”. Hay dos tipos de servicios que el OHP paga directamente:

1. Servicios en los que recibe Coordinación de la atención de Advanced Health.
2. Servicios en los que recibe Coordinación de la atención del OHP.

## Servicios con Coordinación de la atención de Advanced Health

Advanced Health sigue proporcionándole la Coordinación de la atención para algunos servicios. Coordinación de la atención significa que obtendrá transporte gratuito de Bay Cities Brokerage para los servicios cubiertos, actividades de apoyo y cualquier recurso que necesite para servicios que no están cubiertos.

### Advanced Health coordinará su atención para los siguientes servicios:

- Los servicios de Nacimiento planificado en comunidad (PCB) incluyen la atención antes y después del parto para mujeres con embarazos de bajo riesgo según lo establecido por la División de Sistemas de Salud de la OHA. La OHA es responsable de proporcionar y pagar los servicios primarios de PCB incluyendo, como mínimo, para los miembros aprobados para PCB, la evaluación inicial del recién nacido, la prueba de detección de manchas de sangre en el recién nacido, incluyendo el kit para pruebas, la atención del trabajo de parto y parto, las visitas prenatales y la atención posparto.
- Servicios y apoyos de largo plazo (LTSS) no pagados por Advanced Health
- Servicios de Family Connects Oregon, que dan apoyo para las familias con recién nacidos. Obtenga más información en <https://www.familyconnectsoregon.org/>.
- Ayudar a los miembros a tener acceso a servicios de salud conductual. Algunos ejemplos de estos servicios son:
  - Algunos medicamentos para ciertas condiciones de salud conductual
  - Pago de vivienda colectiva terapéutica para miembros menores de 21 años
  - Atención psiquiátrica de largo plazo (salud conductual) para miembros mayores de 18 años
  - Atención personal en viviendas temporales para adultos para miembros mayores de 18 años
- Y otros servicios

Para obtener más información o una lista completa de estos servicios, llame a Administración de la Atención al 541-269-7400/800-264-0014 o a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014.

## Servicios que paga el OHP y ofrecen Coordinación de la atención

## **OHP coordinará su atención para los siguientes servicios:**

- Servicios de cuidados paliativos (hospicio) para miembros que viven en centros de enfermería especializada
- Servicios en la escuela que se prestan según la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA). Para niños que reciben servicios médicos en la escuela, como terapia del habla.
- Examen médico para saber si califica para un programa de apoyo o planificación de casos
- Abortos y otros procedimientos para terminar un embarazo
- Suicidio asistido por un médico según la Ley de muerte digna (Death with Dignity Act) de Oregón y otros servicios

Comuníquese con el equipo de Coordinación de la atención de Ascentra de OHP llamando al 800-562-4620 para obtener más información y ayuda con estos servicios.

Todavía puede obtener un transporte gratuito de Bay Cities Brokerage para cualquiera de estos servicios. Vea la página 74 para obtener más información. Llame a Bay Cities Brokerage al 877-324-8109 o al 541-266-4323 para programar un transporte o si tiene preguntas.

## **Objeciones morales o religiosas**

**Advanced Health** no limita los servicios basándose en objeciones morales o religiosas.

## **Acceso a la atención que necesita**

Acceso significa que puede recibir la atención que necesita. Puede tener acceso a la atención de una manera que cubra sus necesidades culturales y de idioma. Si Advanced Health no trabaja con un proveedor que cubra sus necesidades de acceso, puede obtener esos servicios fuera de la red. Advanced Health se asegura de que los servicios estén cerca de donde vive o cerca de donde quiere recibir atención. Esto significa que hay suficientes proveedores en la zona y diferentes tipos de proveedores entre los que puede elegir.

Hacemos seguimiento de nuestra red de proveedores para asegurarnos de que tenemos la atención primaria y especializada que necesita. También nos aseguramos de que tenga acceso a todos los servicios cubiertos en su área.

Advanced Health sigue las normas del estado sobre qué tan lejos debe viajar para ver a un proveedor. Las normas son diferentes según el proveedor que necesite ver y el área donde viva. Los proveedores de atención primaria son el "Nivel 1", lo que significa que estará más cerca de

usted que un especialista como en Dermatología, que es “Nivel 3”. Si vive en una área remota, tomará más tiempo llegar con el proveedor que si vive en una área urbana.

En el siguiente cuadro están los niveles de proveedores y el tiempo (en minutos) o la distancia (en millas) de donde están situados basándose en donde usted vive.

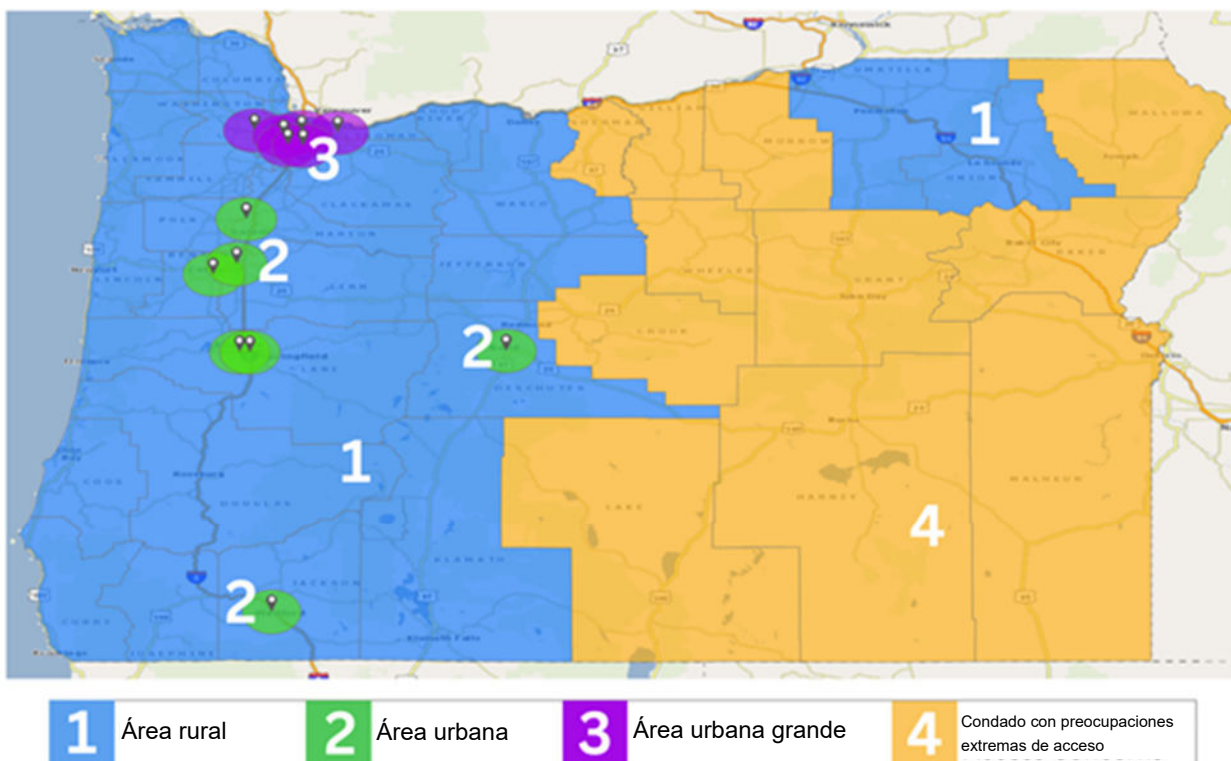
	Urbana grande	Urbana	Rural	Condado con consideraciones extremas de acceso
Nivel 1	10 minutos o 5 millas	25 minutos o 15 millas	30 minutos o 20 millas	40 minutos o 30 millas
Nivel 2	20 minutos o 10 millas	30 minutos o 20 millas	75 minutos o 60 millas	95 minutos o 85 millas
Nivel 3	30 minutos o 15 millas	45 minutos o 30 millas	110 minutos o 90 millas	140 minutos o 125 millas

Para obtener más información sobre los proveedores en los diferentes niveles, visite el sitio web de Network Adequacy de la OHA en: <https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/network.aspx>

¿No está seguro de cuál es el tipo de área donde vive? Vea el mapa en la siguiente página:

### Tipos de área:

- **Urbana grande (3):** Áreas urbanas conectadas, como se define arriba, con un tamaño de población mayor o igual que 1,000,000 personas con una densidad de población mayor o igual que 1,000 personas por milla cuadrada.
- **Urbana (2):** Menos o igual que 10 millas del centro de 40,000 o más.
- **Rural (1):** Más de 10 millas del centro de 40,000 o más con una densidad de población del condado de más de 10 personas por milla cuadrada.
- **Condado con preocupaciones extremas de acceso (4):** Condados con 10 o menos personas por milla cuadrada.



Nuestros proveedores también se asegurarán de que tenga acceso físico, adaptaciones razonables y equipo accesible si tiene discapacidades físicas o mentales. Comuníquese con Advanced Health llamando al 541-269-7400/800-264-0014 para solicitar las adaptaciones. Los proveedores también se aseguran de que el horario de atención sea el mismo para los miembros de OHP y para todas las personas.

## Cuánto tiempo hay que esperar para recibir la atención

Trabajamos con los proveedores para asegurarnos de que lo atiendan, lo traten o lo remitan en los plazos mencionados abajo:

Tipo de atención	Período de tiempo
Salud física	
Citas periódicas	En un plazo de 4 semanas
Atención de urgencia	En un plazo de 72 horas o según se indique en la evaluación inicial.



Tipo de atención	Período de tiempo
Atención de emergencia	Inmediatamente o remitido a un departamento de emergencias dependiendo de su condición.
Atención bucal y dental para niños y personas no embarazadas	
Citas periódicas de salud bucal	En un plazo de 8 semanas, a menos que haya una razón clínica para esperar más tiempo.
Atención bucal urgente	En un plazo de 2 semanas.
Servicios dentales de emergencia	Atención o tratamiento en un plazo de 24 horas
Atención bucal y dental para personas embarazadas	
Atención bucal de rutina	En un plazo de 4 semanas, a menos que haya una razón clínica para esperar más tiempo.
Atención dental urgente	En un plazo de 1 semana
Servicios dentales de emergencia	Atención o tratamiento en un plazo de 24 horas
Salud conductual	
Atención médica conductual periódica para poblaciones no prioritarias	Evaluación en un plazo de 7 días a partir de que se hizo la solicitud, con una segunda cita programada según corresponda por motivos médicos.
Atención médica conductual urgente para todas las poblaciones	En un plazo de 24 horas
Atención médica conductual especializada para poblaciones prioritarias*	
Personas embarazadas, veteranos y sus familias, personas con niños, cuidadores no remunerados, familias y niños de 0 a 5 años, miembros con VIH/SIDA o tuberculosis, miembros con riesgo de sufrir un primer episodio de psicosis y la población con I/DD	Evaluación de inmediato e ingreso. Si se necesitan servicios provisionales debido a que no hay proveedores con visitas, el tratamiento en el nivel de atención adecuado debe darse en un plazo de 120 días desde la fecha en que se pone al paciente en lista de espera.
Consumidores de drogas intravenosas, incluyendo heroína	Evaluación de inmediato e ingreso.  El ingreso para recibir servicios en un nivel de atención residencial es necesario en el plazo de 14 días después de la solicitud, o la colocación en

Tipo de atención	Período de tiempo
	el plazo de 120 días cuando pongan en una lista de espera porque no hay proveedores disponibles.
Trastorno por consumo de opioides	Evaluación e ingreso en un plazo de 72 horas
Tratamiento con ayuda de medicamentos	Tan pronto como sea posible, pero no más de 72 horas para la evaluación y el ingreso.

\* Para servicios especializados de atención médica conductual si no hay espacio ni lugares disponibles:

- Lo pondrán en una lista de espera.
- Recibirá otros servicios en un plazo de 72 horas.
- Estos servicios serán temporales hasta que haya un espacio o un lugar disponible.

Si tiene preguntas sobre el acceso a la atención, llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014.

## Beneficios integrales y de prevención para miembros menores de 21 años

El beneficio de Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) proporciona atención médica integral y preventiva para miembros de OHP desde su nacimiento hasta los 21 años. Este beneficio le proporciona la atención que necesita para su salud y desarrollo. Estos servicios pueden detectar y ayudar pronto con las preocupaciones, tratar las enfermedades y apoyar a los menores con discapacidades.

No tiene que inscribirse por separado en EPSDT. Si es menor de 21 años y está inscrito en OHP, recibirá estos beneficios.

### El beneficio EPSDT cubre:

- Cualquier servicio que se necesite para descubrir o tratar una enfermedad, lesión u otros cambios en la salud.
- Exámenes médicos de “control de niño sano” o “visita de control de adolescente sano”, pruebas y servicios de diagnóstico para determinar si hay alguna condición física, oral/dental, de desarrollo y de salud mental para miembros menores de 21 años.
- Remisiones, tratamiento, terapia y otras medidas para ayudar con cualquier condición que se descubra.

Para los miembros menores de 21 años, Advanced Health tiene que dar:

- Exámenes y evaluaciones de salud física y mental, de desarrollo y salud oral/dental, crecimiento y estado nutricional programados con regularidad.
  - Si Advanced Health no cubre la salud oral/dental, aún puede recibir estos servicios por medio de OHP llamando al 1-800-273-0557.
- A partir del 1 de enero de 2023, todos los servicios médicamente necesarios y médicamente apropiados deben estar cubiertos para los miembros menores de 21 años, independientemente de si estaban cubiertos en el pasado (esto incluye cosas como “abajo de la línea” en la Lista priorizada). Para obtener más información sobre la Lista priorizada, vea la página [37].

Según EPSDT, Advanced Health no denegará un servicio sin ver primero si es médicamente necesario y médicamente apropiado para usted.

- *Médicamente necesario* significa un tratamiento que se necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición, o para apoyar el crecimiento, desarrollo, independencia y participación en la escuela.
- *Médicamente apropiado* significa que el tratamiento es seguro, efectivo y lo ayuda a participar en la atención y en las actividades. Advanced Health puede tomar la decisión de cubrir la opción más barata que funcione para usted.

Usted siempre debe recibir un aviso por escrito cuando se le deniega algo, y tiene el derecho de apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para obtener más información vea la página 110.

Esto incluye *todos* los servicios:

- Salud física
- Salud conductual
- Salud dental
- Necesidades sociales de atención médica

Si usted o un familiar necesita servicios de EPSDT, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o con un coordinador de la atención llamando al 541-269-7400/800-264-0014. Ellos lo ayudarán a obtener la atención que necesita. Si algún servicio necesita aprobación, ellos se encargarán de eso. Hable con su dentista de atención primaria por cualquier servicio dental que necesite. Todos los servicios de EPSDT son gratuitos.

## **Ayuda para obtener servicios de EPSDT**

- Llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014.
- Llame a Advantage Dental al 866-268-9631 para programar servicios dentales o para obtener más información.

- Puede obtener transporte gratis para ir y regresar de las visitas del proveedor de EPSDT con cobertura. Llame al 541-266-4324 para programar el transporte o para obtener más información.
- También puede pedirlo a su PCP o visitar nuestro sitio web en: <https://advancedhealth.com> para obtener una copia del programa de periodicidad. Este programa dice cuándo necesitan los niños ir con el PCP.

## Pruebas de detección

Las visitas de evaluación cubiertas por Advanced Health se ofrecen en intervalos adecuados a la edad (estas incluyen visitas de control de niño sano o de control de adolescente sano). Advanced Health y su PCP siguen las directrices de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics) y de Bright Futures para todas las evaluaciones de atención preventiva y las visitas de control de niño sano. Puede encontrar Bright Futures en: <https://brightfutures.aap.org/Pages/default.aspx>. Su PCP lo ayudará a obtener esos servicios y tratamiento cuando sean necesarios según las directrices.

Las visitas de evaluación incluyen:

- Evaluación del desarrollo
- Prueba de detección de plomo:
  - Los niños deben hacerse pruebas de detección de plomo en la sangre a los 12 y a los 24 meses. Cualquier niño que tenga entre 24 y 72 meses de edad y no le hayan hecho antes una prueba de detección de plomo en la sangre debe hacérsela.
  - Completar un cuestionario de evaluación de riesgos no cumple el requisito de detección de plomo para niños en OHP. Todos los niños con envenenamiento por plomo pueden recibir servicios de seguimiento de administración de casos.
- Otras pruebas de laboratorio necesarias (como prueba de anemia, prueba de células falciformes y otras) según la edad y el riesgo.
- Evaluación del estado de nutrición
- Examen físico general sin ropa con inspección de dientes y encías
- Historia completa médica y de desarrollo (incluyendo una revisión del desarrollo de la salud física y mental)
- Vacunas (inyecciones) que cumplen los estándares médicos:
  - Esquema de vacunación infantil (desde el nacimiento hasta los 18 años): <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html>
  - Programa de vacunación para adultos (mayores de 19 años): <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html>

Orientación y educación médica para padres e hijos

- Remisiones para tratamientos de salud física y mental médicamente necesarios

- Pruebas necesarias de audición y de la vista
- Y otros

Las visitas cubiertas también incluyen chequeos o exámenes no programados que pueden hacerse en cualquier momento por una enfermedad o un cambio en la salud o el desarrollo.

## **Remisión, diagnóstico y tratamiento de EPSDT**

Su proveedor de atención primaria puede remitirlo si detecta una condición física, de salud mental, por abuso de sustancias o dental. Otro proveedor lo ayudará con más diagnósticos o tratamiento.

El proveedor de la prueba de detección explicará la necesidad de la remisión al menor y a los padres o tutores. Si está de acuerdo con la remisión, el proveedor preparará la documentación.

Advanced Health o OHP también ayudarán con la Coordinación de la atención, según sea necesario.

Las evaluaciones pueden descubrir la necesidad de los siguientes servicios y de otros:

- Diagnóstico y tratamiento para deficiencias de la vista y audición, incluyendo anteojos y aparatos auditivos.
- Atención dental, a una edad tan temprana como sea necesario, que se necesite para el alivio del dolor y las infecciones, la restauración de los dientes y el mantenimiento de la salud dental.
- Vacunas (si en el momento de la prueba se determina que la vacuna es necesaria y que es apropiado administrarla en ese momento, entonces el tratamiento de inmunización debe darse en ese momento).

Estos servicios deben prestarse a los miembros elegibles menores de 21 años que los necesiten. Los tratamientos que están “abajo de la línea” en la Lista priorizada de servicios médicos están cubiertos para los miembros menores de 21 años si son médicamente necesarios y médicamente apropiados para ese miembro (vea arriba más información).

- Si le decimos que el servicio no lo cubre OHP, aún tiene derecho a impugnar esa decisión presentando una apelación y pidiendo una audiencia. Vea la página [99]. Advanced Health ayudará para remitir a los miembros o a sus representantes para servicios sociales, programas educativos, programas de asistencia nutricional y otros servicios.

Para obtener más información sobre la cobertura de EPSDT, puede visitar [www.Oregon.gov/EPSDT](http://www.Oregon.gov/EPSDT) y ver una hoja informativa para miembros. Advanced Health también tiene información en [<http://https://advancedhealth.com>]

## Trabajadores de la salud tradicionales (THW)

Los trabajadores de la salud tradicionales (THW) ayudan con las preguntas que tenga sobre su atención médica y sus necesidades sociales. Ayudan con la comunicación entre sus proveedores de atención médica y otras personas que participan en su atención. También lo conectan con personas y servicios de la comunidad que pueden ayudarlo.

Hay diferentes tipos de trabajadores médicos tradicionales:

- **Comadrona:** Una persona que ayuda a las personas y a sus familias con apoyo personal no médico. Ayudan durante el embarazo, el parto y después de que nazca el bebé.
- **Trabajador médico de la comunidad:** Un trabajador de salud pública que entiende a las personas y a la comunidad donde usted vive. Lo ayuda a acceder a los servicios médicos y de la comunidad. Un trabajador médico de la comunidad lo ayuda a empezar los comportamientos saludables. Generalmente comparten su origen étnico, idioma o experiencias de vida.
- **Asistente de salud personal:** Una persona que le da información, herramientas y apoyo para ayudarlo a tomar las mejores decisiones sobre su salud y bienestar, según su situación.
- **Especialista en apoyo entre pares:** Alguien que tiene experiencia de vida con la salud mental, la adicción y la recuperación. O pueden ser padres con un hijo con problemas de salud mental o que está en tratamiento por adicción. Dan apoyo, ánimo y ayuda a los que se enfrentan a problemas de adicciones y de salud mental. Pueden ayudarlo cuando está pasando por lo mismo.
- **Especialista en bienestar entre pares:** Una persona que trabaja como parte de un equipo de atención médica en casa y lo defiende a usted y sus necesidades. Apoya la salud general de las personas de su comunidad y puede ayudarlo a recuperarse de adicciones, salud mental o condiciones físicas.
- **Trabajadores de la salud tradicionales tribales:** Alguien que ayuda a las comunidades indígenas tribales o urbanas a mejorar su salud general. Proporcionan educación, orientación y apoyo que pueden ser específicos de las prácticas tribales.

THW puede ayudarlo con muchas cosas, como:

- Encontrar un nuevo proveedor.
- Recibir la atención que necesita.
- Entender sus beneficios.
- Dar información sobre servicios y apoyo para la salud conductual.

- Orientar sobre recursos comunitarios que podría usar.
- Alguien de su comunidad con quien hablar.

Un THW puede ser parte de su equipo de atención con su PCP o proveedor de servicios de salud conductual. Ellos ayudarán a coordinar la atención. No necesita tener una remisión para hablar con un THW. No se necesita la aprobación previa. Si quiere tener acceso por su cuenta a estos servicios, se llama sin remisión. Puede preguntar en el consultorio de su proveedor si alguien puede ayudarlo. También puede llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente y pedir que lo comuniquen con nuestro enlace de THW Brandy Hille.

## Información de contacto del enlace de THW:

Brandy Hille

[liaison@email.com](mailto:liaison@email.com) | [Thwprogram@advancedhealth.com](mailto:Thwprogram@advancedhealth.com)

541-269-7400 / 800-264-0014

Si cambiamos la información de contacto del enlace de THW, puede encontrar información actualizada en nuestro sitio web: <https://advancedhealth.com>.

## Servicios adicionales

### Servicios relacionados con la salud

Los servicios relacionados con la salud (HRS) son servicios adicionales que ofrece Advanced Health. Los HRS ayudan a mejorar la salud y el bienestar general de los miembros y de la comunidad. Los HRS son servicios flexibles para los miembros e iniciativas de beneficios de la comunidad para los miembros y la comunidad en general.

El programa HRS de Advanced Health ayuda a usar mejor los fondos para tratar las necesidades médicas individuales, y los factores de riesgo social, como el lugar donde vive, para mejorar el bienestar de la comunidad. Obtenga más información sobre los servicios relacionados con la salud en <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/Ie4329.pdf>

### Servicios flexibles

Los servicios flexibles son apoyos para artículos o servicios que ayudan a los miembros a estar o mantenerse sanos. Advanced Health ofrece estos servicios flexibles:

Ejemplos de servicios flexibles:

- Educación médica o apoyos educativos

- Apoyos para alimentos, como entrega de comestibles, vales de comida o comidas médicamente personalizadas
- Apoyos a la vivienda de corto plazo, como depósitos de alquiler para ayudar a cubrir gastos de mudanza, apoyo con el alquiler durante un breve período de tiempo o gastos de instalación de servicios públicos
- Transporte a citas no médicas relacionadas con necesidades sociales.
- Vivienda o refugio temporal mientras se recupera de una hospitalización
- Artículos que apoyan los comportamientos saludables, como zapatos o ropa deportiva
- Artículos para la casa y el entorno doméstico para apoyar una condición médica particular
- Celulares o dispositivos para acceder a aplicaciones de telesalud o salud
- Otros artículos que lo mantengan sano, como un aire acondicionado o un filtro de aire
- Otros servicios clínicos y apoyo no cubiertos
- Otros servicios y apoyo de salud social y de la comunidad no cubiertos

## Programa de vida activa

Ofrecemos programas gratis que se centran en la actividad física, la alimentación saludable y la educación para el bienestar. Algunos ejemplos de los programas GRATIS que ofrecemos son:

Programa de diabetes A1 Cya Later • Lecciones de natación en piscinas de la comunidad • Natación libre en piscinas de la comunidad • Tai Chi for Better Balance • Fitness for Recovery • Programa para caminar Walk with Ease • Tops para vivir sano y manejo del peso • Community Yoga • Veggie Rx Program en Waterfall y Bay Clinic

Llame a Servicio al Cliente de Advanced Health o vea en línea en <https://advancedhealth.com> la lista actual de lo que hay disponible.

## Cómo obtener servicios flexibles para usted o un familiar

Puede trabajar con su proveedor para solicitar los servicios flexibles o puede llamar a Servicio al Cliente al 541-269-7400 y pedir que le envíen un formulario en el idioma o formato que necesite.

Los servicios flexibles no son un beneficio cubierto para los miembros y las CCO no están obligadas a prestarlos. Las decisiones para aprobar o denegar las solicitudes de servicios flexibles se hacen caso por caso. Si se deniega su solicitud de servicios flexibles, recibirá una carta explicando sus opciones. No puede apelar una denegación de servicio flexible, pero tiene derecho a presentar una queja. Obtenga más información sobre apelaciones y quejas en la página 108.

Si tiene OHP y tiene problemas para obtener atención, comuníquese con el Programa Ombuds de la OHA. Los Ombuds son defensores de los miembros de OHP y harán todo lo posible por



ayudarlo. Envíe un correo electrónico a [OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov](mailto:OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov) o deje un mensaje al 877-642-0450.

Otro recurso para encontrar apoyos y servicios en su comunidad es 211 Info. Llame al 2-1-1 o visite el sitio web [www.211info.org](http://www.211info.org) para obtener ayuda.

## Iniciativas de beneficios de la comunidad

Las iniciativas de beneficios de la comunidad son servicios y apoyo para los miembros y para toda la comunidad para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad.

Advanced Health quiere ayudar a mejorar la salud de nuestra comunidad. Algunos ejemplos de cómo ayuda Advanced Health son:

- Proporcionar orientación sobre cómo identificar y prevenir el suicidio pediátrico
- Dar financiamiento para la capacitación de ACES (Experiencias adversas en la niñez)

Esto se centra en eventos que ocurren en la infancia. Esto puede afectar el desarrollo del cerebro y también puede afectar la manera como su cuerpo responde al estrés. Pueden incluir violencia o abuso. Crecer en una familia con problemas de salud mental o consumo de sustancias también puede afectar esto.

- Dar bicicletas a los que necesitan transporte
- Financiar programas de alimentos y nutrición cerca de usted

Ejemplos de otras iniciativas en beneficio de la comunidad son:

- Clases para la educación de padres y apoyo familiar
- Programas basados en la comunidad que ayuden a las familias a acceder a frutas y verduras frescas de los mercados de agricultores
- Programas basados en la escuela que apoyen un entorno enriquecedor para mejorar la salud socioemocional y el aprendizaje académico de los estudiantes  
Capacitación para maestros y organizaciones basadas en la comunidad específicas para niños en cuanto a prácticas informadas sobre traumas

## Puntos de acceso abierto

En la mayoría de las regiones en Oregón, tenemos acuerdos especiales con centros de salud calificados a nivel federal (FQHC), centros de salud comunitarios rurales (RCHC), proveedores de atención médica para indígenas (IHCP) y clínicas del Servicio de salud indígena (IHS). Estos acuerdos especiales permiten que atiendan a nuestros miembros en este tipo de centros sin que los asignen a ese centro y sin una remisión.

Si quiere que lo atiendan para su atención dental en uno de esos tipos de centros, puede llamar al centro y preguntar si trabajan con Advantage Dental como “Punto de acceso abierto” (Open Access Point). También puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista actualizada de los Puntos de acceso abierto en su región.

## Necesidades sociales relacionadas con la salud

Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) se refiere a dificultades para la salud, como vivienda o acceso a comida. Comuníquese con Advanced Health para ver cuáles son los servicios de HRSN que están disponibles. Los servicios de HRSN incluyen:

- Servicios de vivienda: ayuda para el alquiler y los servicios públicos, para obtener o conservar la vivienda, gastos de mudanza y modificaciones a la vivienda. Esto empezará no antes del 1 de noviembre de 2024 y será para los miembros que estén en peligro de quedarse sin hogar. Para otros, este servicio empezará después.
- Servicios por clima: ayuda para obtener aires acondicionados, calefacción, filtros de aire, suministro portátil de electricidad y mini refrigeradores relacionados con la salud. Esto empezará en marzo de 2024.
- Servicios de nutrición: incluye educación sobre la nutrición, comidas adaptadas médicamente, comidas o productos de despensa, fruta y vegetales recetados.

Usted puede ser elegible para recibir algunos o todos los servicios de HRSN si es miembro de un OHP y:

- No tiene vivienda o está en peligro de perder su vivienda
- Están dándole el alta de un instituto para enfermedades mentales
- Está saliendo de la cárcel
- Es un joven que está saliendo del sistema de bienestar infantil
- Es un joven con necesidades especiales de atención médica (no puede recibirlos hasta 2025)
- Es una persona que está haciendo la transición a un estado doble con OHP y Medicare

También debe cumplir ciertos criterios. Para que lo evalúen para HRSN, comuníquese con Advanced Health. Advanced Health puede ayudarlo a programar las citas para los servicios de HRSN, incluyendo la evaluación.

Puede pedir que lo evalúen para la elegibilidad o denegar la evaluación para la elegibilidad. Si lo aprueban, puede elegir si quiere recibir los servicios de HRSN o no. Si lo aprueban, los servicios de HRSN son gratuitos para usted y puede optar por no recibirlos en cualquier momento. Si recibe los servicios de HRSN, su equipo de Coordinación de la atención trabajará con usted para asegurarse de que su plan de atención incluya los servicios que recibe. Vea la página [33] para la Coordinación de la atención y los planes de atención.

Tenga en cuenta que para que lo evalúen y reciba los servicios de HRSN, se pueden recopilar sus datos personales y usarlos durante las remisiones. Usted puede limitar la manera como se comparte su información.

## **Transporte gratuito para recibir la atención**

### **Transporte gratuito a las citas para todos los miembros de Advanced Health.**

Si necesita ayuda para llegar a una cita, llame a Bay Cities Brokerage para el transporte gratis. Puede obtener un transporte gratuito para cualquier visita de atención física, dental, de farmacia o de salud conductual cubierta por Advanced Health.

Usted o su representante pueden pedir el transporte. Podemos darle un boleto de autobús, dinero para un taxi o que un conductor pase por usted. Podemos pagarle la gasolina a usted, a un familiar o a un amigo para que lo lleve. No hay ningún costo para usted por este servicio. Advanced Health nunca le facturará por transporte hacia o desde los servicios cubiertos. Vea la guía del proveedor para las instrucciones de cómo solicitar el reembolso del transporte. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedir ayuda.

#### Reembolsos de millas recorridas

BCB hace reembolsos por millas recorridas si usted puede ir a su cita por su cuenta. Esto incluye usar su propio auto o que alguien más lo lleve. BCB requiere que todos los miembros llamen con antelación al call center y que den la fecha y hora de la cita y el nombre y teléfono del proveedor con el que va el miembro para confirmar que la cita sea un servicio cubierto.

1. Antes de que pueda recibir los reembolsos por millas recorridas, la solicitud debe tener la aprobación previa de BCB. Esto es necesario para verificar su cita.
2. Para recibir el reembolso, debe completar Deberá completar el Formulario de verificación del reembolso. Este formulario y las instrucciones se le pueden enviar por correo cuando lo pida.
  - a. También puede encontrarlo en el sitio web de BCB <http://www.bca-ride.com>.
  - b. Puede encontrar los Formularios de reembolso en el enlace del sitio web de BCB
    - i. Appointment-Verification-Slipmk1.pdf (bca-ride.com)
3. Debe llevar el formulario a su cita y obtener una firma autorizada. Después de completarlo, puede entregar el formulario en persona o enviarlo directamente por correo a las oficinas de BCB.
  - a. Bay Cities Brokerage; 3505 Ocean Blvd SE, Coos Bay, OR 97420

## Cómo programar el transporte

Llame a Bay Cities Brokerage al 541-266-4323 o al 877-324-8109 (TTY 711)

Horario: Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Cerrado el Día de Año Nuevo (1 de enero), Día de los Caídos (27 de mayo), Día de la Independencia (4 de julio), Día del Trabajo (2 de septiembre), Día de Acción de Gracias (28 de noviembre), Día de Navidad (25 de diciembre).

Llame al menos 2 días hábiles antes de la cita para programar el transporte. Esto ayudará a asegurarse de que podamos cubrir sus necesidades de transporte.

Puede conseguir transporte para el mismo día o el día siguiente. Llame a Bay Cities Brokerage.

Usted o un conocido suyo pueden programar más de un viaje a la vez para varias citas. Puede programar el transporte para citas futuras hasta con 90 días de antelación.

## Qué puede esperar cuando llame

Bay Cities Brokerage tiene personal del call center para transporte que puede ayudarlo en el idioma que prefiera y de una manera que pueda entender. Esta ayuda es gratuita.

La primera vez que llame le hablaremos del programa y de sus necesidades de transporte. Le preguntaremos sobre su capacidad física y si necesita que alguien viaje con usted.

Cuando llame para programar el transporte, le preguntaremos:

- Su nombre completo
- Su dirección y teléfono
- Su fecha de nacimiento
- Nombre del médico o clínica que visitará
- Fecha de la cita
- Hora de la cita
- Hora para recogerlo después de la cita
- Si necesita un asistente para ayudarlo
- Cualquier otra necesidad especial (como una silla de ruedas o un animal de servicio)

Revisaremos si está inscrito en Advanced Health y si su cita es para un servicio que está cubierto. Recibirá más información sobre su transporte en un plazo de 24 horas. Recibirá información sobre su solicitud de transporte por la vía que elija (llamada telefónica, correo electrónico, fax).

Si pide transporte menos de dos (2) días antes de la hora programada para recogerlo, le daremos el teléfono de la compañía que arreglará que lo recojan. También puede ser que le demos el nombre y teléfono del conductor que lo recogerá.

## Recogida y regreso

Recibirá el nombre y el número de la empresa de transporte o del conductor antes de su cita.

El conductor se comunicará con usted al menos 2 días antes de su viaje para confirmar la información. Lo recogerá a la hora programada. Le pedimos que sea puntual. Si va retrasado, lo esperarán 15 minutos después de la hora programada. Eso significa que, si su viaje está programado para las 10:00 a.m., lo esperarán hasta las 10:15 a.m.

Lo dejaremos en su cita al menos 15 minutos antes de que empiece.

- **Primera cita del día:** Lo dejaremos no más de 15 minutos antes de que abra el consultorio.
- **Última cita del día:** Lo recogeremos a más tardar 15 minutos después de que cierre el consultorio, a menos que no esté previsto que la cita termine en un plazo de 15 minutos después cerrar.
- **Cómo pedir más tiempo:** Debe pedirlo si quiere que pasemos por usted más temprano o que lo dejemos más tarde de estas horas. Su representante, padre/madre o tutor también pueden pedirlo.
- **Llame si el conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora de recogerlo:** Si el conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora programada para recogerlo, llame a la compañía de transporte. El personal le avisará si el conductor está en camino. Los conductores deben avisar a despacho antes de salir del lugar donde recogieron a alguien.
- **Llame si no tiene hora de recogida:** Si no hay una hora de recogida programada para llevarlo de vuelta, llámenos cuando esté listo. Su conductor estará ahí en un plazo de 1 hora después de que llame.

Bay Cities Brokerage es un programa de transporte compartido. Es posible que se esté recogiendo o dejando a otros pasajeros durante el trayecto. Si tiene varias citas, podemos pedirle que las programe para el mismo día. Esto nos ayudará a hacer menos viajes.

Puede pedir que un amigo o familiar lo lleve a la cita. Se les puede reembolsar (pagar) las millas que recorran.

## **Usted tiene derechos y responsabilidades como pasajero:**

### **Usted tiene derecho a:**

- Tener un transporte seguro y confiable que cubra sus necesidades.
- Que lo traten con respeto.
- Pedir servicios de interpretación cuando hable con Servicio al Cliente.
- Obtener material en un idioma o formato que cubra sus necesidades.
- Recibir un aviso por escrito cuando se le deniegue el transporte.
- Presentar una queja sobre su experiencia con el transporte.
- Pedir una apelación, una audiencia o ambas si cree que se le denegó injustamente un servicio de transporte.

## Sus responsabilidades son:

- Tratar con respeto a los conductores y al resto de pasajeros.
- Llamarnos lo más pronto posible para programar, cambiar o cancelar un viaje.
- Usar los cinturones de seguridad y otros equipos de seguridad que exija la ley (por ejemplo, sillas para el auto).
- Pedir con antelación si puede haber alguna parada adicional, como pasar a la farmacia.

## Cancelar o cambiar el transporte

Llame a Bay Cities Brokerage cuando sepa que necesita cancelar o reprogramar su viaje, al menos 2 horas antes de la hora de recogida.

Puede llamar a Bay Cities Brokerage de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Deje un mensaje si no puede llamar durante el horario de atención. Llame a Bay Cities Brokerage si tiene preguntas o cambios en el viaje.

## Cuando falta

Una “falta” es cuando no está listo a tiempo para que lo recojan. Su conductor esperará al menos 15 minutos después de la hora de programada para recogerlo antes de irse. Podemos restringir el transporte futuro si tiene muchas faltas.

Tener una restricción significa que podríamos limitar el número de viajes que puede hacer, limitarlo a un conductor o requerir que llame antes de cada viaje.

## Si se deniega el transporte

Recibirá una llamada para informarlo de que se le denegó el transporte. Todas las denegaciones las revisan dos miembros del personal antes de enviárselas. Si se le deniega el transporte, le enviaremos por correo una carta de denegación en un plazo de 72 horas desde la decisión. En la carta se incluyen las normas y el motivo de la denegación.

Puede solicitar una apelación con Advanced Health si no está de acuerdo con la denegación. Tendrá 60 días desde la fecha del aviso de denegación para solicitar una apelación. Después de la apelación, si la denegación se mantiene, también tiene derecho a solicitar una audiencia estatal.

También enviaremos una carta a su proveedor si es parte de nuestra red de proveedores y solicitó el transporte por usted.

Tiene derecho a presentar una queja o una queja formal en cualquier momento, aun si ya había presentado la queja. Algunos ejemplos de queja o queja formal son:

- Preocupaciones por la seguridad del auto
- Calidad de los servicios
- Interacciones con conductores y proveedores (como faltas de respeto)
- El servicio de viaje solicitado no se prestó según lo acordado
- Derechos del consumidor

Obtenga más información sobre quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias en la página [99].

## Guía del pasajero

Obtenga la Guía del pasajero de Bay Cities Brokerage en:

[https://d2hggmn08hej2v.cloudfront.net/wp-content/uploads/2022/04/Advanced-Health-BCB-Riders-Guide-2022\\_Revised-01132022.pdf](https://d2hggmn08hej2v.cloudfront.net/wp-content/uploads/2022/04/Advanced-Health-BCB-Riders-Guide-2022_Revised-01132022.pdf). Usted o su representante también pueden llamar a Servicio al Cliente al 541-266-4323 o al 877-324-8109 para pedir una copia física gratuita. Se la enviaremos en 5 días hábiles. La copia física puede estar en el idioma y formato que prefiera.

La guía tiene más información, como:

- Sillas de ruedas y ayuda para movilidad
- Seguridad de los autos
- Obligaciones y normas del conductor
- Qué hacer en emergencias o si hay mal tiempo
- Citas de larga distancia
- Reembolso por comida y hospedaje

## Cómo recibir atención por video o teléfono

La telesalud (también conocida como telemedicina y teleodontología) es una manera de recibir la atención sin tener que ir a una clínica o consultorio. La telesalud significa que puede tener su cita por llamada telefónica o una videollamada. Advanced Health cubrirá las visitas de telesalud. Con la telesalud podrá visitar a su proveedor usando:

- Un teléfono (audio)
- Un smart phone (audio/video)
- Una tablet (audio/video)
- Una computadora (audio/video)

**Advanced Health puede ayudarlo a obtener un dispositivo que soporte la atención de telesalud. Llame a Servicio al Cliente y pregunte sobre los servicios flexibles para saber si usted califica.**

Si no tiene acceso a Internet o video, hable con su proveedor sobre la mejor opción para usted. Pregunte en la biblioteca local si hay acceso a una computadora con servicio de Internet.

Averigüe si califica para tener servicio de Internet gratuito o con descuento mediante el Programa de conectividad asequible (ACP). Puede llamar al 855-846-8376 para saber si califica. También puede acceder en línea al 211 en <https://www.211info.org/get-help/utility-assistance/>. Vea en la sección de Teléfono e internet para ayuda con el servicio de Internet y dispositivos móviles.

## **Cómo encontrar proveedores de telesalud**

No todos los proveedores tienen opciones de telesalud. Debe preguntar por telesalud cuando llame para programar su cita. También puede ver nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en <https://advancedhealth.com> Vaya a la página Find a Provider (Buscar un proveedor). Escriba el tipo de proveedor que quisiera ver. En los Resultados de búsqueda de proveedores habrá una lista de los proveedores seleccionados. En el Perfil de proveedores, haga clic en la opción de información. Se mostrará la información del proveedor si ofrece telesalud. Esta no es una lista completa, por lo que también puede llamar a su proveedor para verificarlo. Si tiene cualquier problema de audio o video con su visita de telesalud, asegúrese de solucionarlo con su proveedor.

## **Cuándo puede usar la telesalud**

Los miembros de Advanced Health que usan telesalud tienen derecho a recibir los servicios físicos, dentales y de salud conductual que necesiten.

Algunos ejemplos de cuándo puede usar telesalud son:

- Cuando su proveedor quiera verlo antes de resurtir una receta.
- Servicios de orientación.
- Seguimiento de una visita en persona.
- Cuando tenga preguntas médicas de rutina.
- Si está en cuarentena o practica el distanciamiento social por una enfermedad.
- Si no está seguro de si necesita ir a la clínica o consultorio.

La telesalud no se recomienda para emergencias. Si siente que su vida está en peligro, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Vea en la página [78] una lista de hospitales con sala de emergencias.

Si no sabe qué servicios u opciones de telesalud tiene su proveedor, llámelo y pregunte.

## **Las visitas de telesalud son privadas**

Los servicios de telesalud que su proveedor ofrece son seguros. Cada proveedor tendrá su propio sistema para las visitas de telesalud, pero cada sistema debe cumplir la ley.

Obtenga más información sobre la privacidad y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) en la página [14].



Asegúrese de recibir la llamada en una habitación privada o donde nadie más pueda escuchar su cita con el proveedor.

## Usted tiene derecho a:

- Recibir servicios de telesalud en el idioma que necesite.
- Tener proveedores que respeten su cultura y sus necesidades de idioma.
- Obtener servicios de interpretación calificados y certificados para usted y su familia. Obtenga más información en la página [4].
- Obtener visitas en persona, no solo visitas de telesalud.
  - Advanced Health se asegurará de que tenga la opción de cómo tener sus visitas. Un proveedor no puede obligarlo a usar telesalud, a menos que haya un estado de emergencia declarado o que el centro esté usando su plan en caso de desastre.
- Obtener apoyo y tener las herramientas necesarias para la telesalud.
  - [Advanced Health] ayudará a identificar cuál es la herramienta de telesalud más adecuada para usted.

Hable con su proveedor sobre la telesalud. También puede llamar a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014 (TTY 711). Atendemos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

## Medicamentos con receta

Para surtir una receta, puede ir a cualquier farmacia de la red de Advanced Health. Puede encontrar una lista de las farmacias con las que trabajamos en: <https://advancedhealth.com>.

Para todas las recetas cubiertas por **Advanced Health**, lleve a la farmacia:

- La receta
- Su tarjeta de identificación de Advanced Health, de Oregon Health u otra prueba de cobertura como la tarjeta de identificación de la Parte D de Medicare o la tarjeta del seguro privado. Es posible que no pueda surtir una receta sin ellas.

## Recetas cubiertas

La lista de medicamentos cubiertos de **Advanced Health** está en: <https://advancedhealth.com>.

- Si no está seguro de si su medicamento está en nuestra lista, llámenos. Nosotros lo revisaremos por usted.

Si su medicamento no está en la lista, avísele a su proveedor. Su proveedor puede pedirnos que lo cubramos.

- **Advanced Health** debe aprobar algunos medicamentos en la lista antes de que la farmacia pueda surtirlos. Para esos medicamentos, su proveedor nos pedirá que los aprobemos.

Advanced Health también cubre algunos medicamentos de venta libre (OTC) cuando su proveedor o farmacia se los receta. Los medicamentos OTC son los que puede comprar en cualquier tienda o farmacia sin receta, como la aspirina.

## **Cómo pedir a **Advanced Health** que cubra las recetas**

Cuando su proveedor le pida a **Advanced Health** que apruebe o cubra una receta:

- Los médicos y farmacéuticos de **Advanced Health** revisarán la solicitud de su proveedor.
- Tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas.
- Si necesitamos más información para tomar una decisión, esto puede tardar 72 horas.

Si **Advanced Health** decide no cubrir la receta, recibirá una carta de Advanced Health. En la carta se explicará:

- Su derecho de apelar la decisión
- Cómo pedir una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión. La carta también tendrá un formulario que puede usar para pedir una apelación.

Llame a Servicio al Cliente de farmacia de Advanced Health al 541-269-7400/800-264-0014 (TTY 711) si tiene preguntas.

## **Farmacia por correo**

Postal Prescription Services (PPS), llamando al 800-552-6694, puede enviar por correo a su domicilio algunos medicamentos. Los miembros de Advanced Health están inscritos en “Doctors of the Oregon Coast”. Esto se conoce como farmacia por correo. Si recoger su receta en una farmacia es difícil para usted, la farmacia por correo puede ser una buena opción. Llame a Servicio al Cliente de farmacia de Advanced Health al 541-269-7400/800-264-0014 (TTY 711) para:

- Obtener más información sobre la farmacia por correo y
- Establecer el servicio de farmacia por correo.

## **OHP paga los medicamentos de salud conductual**

**Advanced Health** no paga por la mayoría de los medicamentos usados para tratar las condiciones de salud conductual. Esos los paga OHP. Si necesita medicamentos de salud conductual:

- **Advanced Health** y su proveedor lo ayudarán a obtener los medicamentos que necesite.

- La farmacia envía la factura de su receta directamente a OHP. Advanced Health y su proveedor lo ayudarán a obtener los medicamentos de salud conductual que necesite. Hable con su proveedor si tiene preguntas. También puede llamar a Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400/800-264-0014 (TTY 711).

## **Cobertura de Cobertura de recetas para miembros con Medicare**

Advanced Health y OHP no cubren medicamentos que cubre la Parte D de Medicare.

Si usted califica para la Parte D de Medicare, pero decide no inscribirse, tendrá que pagar por estos medicamentos.

Si tiene la Parte D, muestre su tarjeta de identificación de Medicare y su tarjeta de identificación de Advanced Health en la farmacia.

Si la Parte D de Medicare no cubre su medicamento, su farmacia puede facturárselo a Advanced Health. Si OHP cubre el medicamento, Advanced Health lo pagará.

Obtenga más información sobre los beneficios de Medicare en la página [35].

## **Cómo obtener recetas antes de un viaje**

Si tiene planificado viajar fuera del estado, asegúrese de tener suficientes medicamentos para el viaje. Para esto, pida que le den antes un resurtido de la receta. A esto se le llama una excepción por vacaciones. Llame a Advanced Health al 541-269-7400 / 800-264-0014 (TTY 711) para averiguar si esta es una buena opción para usted.

## **Hospitales**

Trabajamos con los hospitales de abajo para la atención normal en el hospital. Puede recibir atención de emergencia en cualquier hospital.

### **Coos Bay**

#### **Bay Area Hospital**

**1775 Thompson Road | Coos Bay, OR 97420**

**Teléfono: 541-269-8111**

**TDD para personas con dificultades auditivas/del habla: 541-269-1115**

TTY 711

<https://www.bayareahospital.org/>

### **Coquille**

Coquille Valley Hospital

940 E 5th St | Coquille, OR 97420

Teléfono: 541-396-3101

TTY 711

<https://www.cvhospital.org/>

### **Bandon**

Southern Coos Hospital

900 11th St SE | Bandon, OR 97411

Teléfono: 541-347-2426

TTY 711

<https://southerncoos.org/>

### **Gold Beach**

Curry General Hospital

94220 4th St | Gold Beach, OR 97444

Teléfono: 541-247-3000

Llamada sin costo: 800-445-8085

TTY 711

<http://www.curryhealthnetwork.com/>

## Atención de urgencia

Un problema urgente es lo suficientemente serio como para que se trate de inmediato, pero no lo suficiente como para recibir tratamiento inmediato en la sala de emergencias. Estos problemas urgentes pueden ser físicos, dentales o de comportamiento.

**Puede recibir servicios de atención de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin autorización previa.**

No necesita una remisión para recibir atención de urgencia o de emergencia. Abajo encontrará una lista de centros de atención de urgencia y clínicas de consulta sin cita.

## Atención física de urgencia

Algunos ejemplos de atención física de urgencia son:

- Cortes que no sangran mucho, pero que pueden necesitar puntos.
- Fracturas y roturas leves de huesos en dedos de manos y pies.
- Esguinces y torceduras.

## Si tiene un problema urgente, llame a su proveedor de atención primaria (PCP).

Puede llamar en cualquier momento, de día o de noche, los fines de semana y en días festivos. Diga al consultorio del PCP que usted es miembro de Advanced Health. Le darán consejos o una remisión. Si no puede comunicarse con su PCP por un problema urgente o si su PCP no puede atenderlo pronto, vaya a un centro de atención de urgencia o a una clínica de consulta sin cita. No necesita tener cita. Vea abajo la lista de clínicas de atención de urgencia y de consulta sin cita.

Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400/800-264-0014 (TTY 711).

**Si no sabe si su problema es urgente, aun así, llame al consultorio de su proveedor, aunque esté cerrado.** Es posible que lo atienda un contestador automático. Deje un mensaje y diga que es miembro de Advanced Health.

Advanced Health ofrece apoyo las 24 horas del día, los 7 días de la semana mediante la Línea de recomendaciones de enfermería. La Línea de recomendaciones de enfermería lo ayuda a saber qué debe hacer cuando está enfermo y no puede localizar a su médico. Puede llamar a la oficina de Advanced Health al 541-269-7400 y elegir la opción #4.

Puede llamar gratuitamente a la Línea de recomendaciones de enfermería cuando lo necesite. La Línea de recomendaciones de enfermería devolverá su llamada en un plazo de 30 a 60 minutos después de su llamada para hablar de los siguientes pasos. Puede hablar directamente con un enfermero. Ellos pueden responder preguntas sobre medicamentos y hablar sobre

cuestiones médicas. Pueden ayudarlo a decidir si debe ir a la sala de emergencias, atención de urgencia o llamar a su médico de atención primaria.

Recuerde llamar siempre al 911 si está en peligro. Siempre debe comunicarse primero con su médico o con la clínica si están abiertos. La Línea de recomendaciones de enfermería está siempre para ayudarlo, pero no sustituye ir con un médico.

Para consejos y citas que no son de urgencia, llame en horario de atención.

## **Centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa en el área de Advanced Health:**

### **Condado de Coos**

Immediate Care Clinic en

North Bend Medical Center

1900 Woodland Drive | Coos Bay, OR 97420

Teléfono: 541-266-1789

Línea gratis: 800-234-1231 ext. 1789

TTY 711

<https://www.nbmchealth.com/services/immediate-care-clinic/>

Best Med Urgent Care

1226 Virginia Avenue, North Bend, OR 97459

Teléfono: 541-305-4224

TTY 711

<https://www.bestmedclinics.com>

### **Condado de Curry**

Brookings Curry Medical Center

500 5th St | Brookings, OR 97415

Teléfono: 541-412-2044

TTY 711

<http://www.curryhealthnetwork.com>

## Atención dental urgente

Algunos ejemplos de atención dental de urgencia incluyen:

- El dolor de diente que lo despierta en la noche y le dificulta masticar.
- Un diente astillado o roto.
- Una corona o empaste perdido.
- Absceso (bolsa de pus en un diente causada por una infección).

### **Si tiene un problema dental urgente, llame a su dentista de atención primaria (PCD)**

Si no puede localizar a su PCD o no tiene uno, llame a Servicio al Cliente Dental al 866-268-9631. Ellos lo ayudarán a encontrar atención dental de urgencia, según su condición. Debe obtener una cita en un plazo de 2 semanas, o de 1 semana si está embarazada, para una condición dental de urgencia.

## Atención de emergencia

**Llame al 911 si necesita una ambulancia o vaya a la sala de emergencias si piensa que está en peligro.** Una emergencia necesita atención inmediata y pone su vida en peligro. Puede ser una lesión o una enfermedad repentina. Las emergencias también pueden causar daños a su cuerpo. Si está embarazada, la emergencia también puede causar daños a su bebé.

**Puede obtener servicios de atención de urgencia y de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin autorización previa. No necesita una remisión.**

## Emergencias físicas

La atención de emergencia física es para cuando necesita atención inmediata y su vida está en peligro. Algunos ejemplos de emergencias médicas son:

- Huesos fracturados
- Sangrado que no se detiene
- Posible ataque cardíaco
- Pérdida de la conciencia
- Convulsiones
- Dolor grave
- Dificultad para respirar
- Reacciones alérgicas

Más información sobre la atención médica de emergencia:

- Llame a su PCP o a Servicio al Cliente de Advanced Health en un plazo de 3 días después de recibir la atención de emergencia.
- Tiene derecho a ir a cualquier hospital u otro centro en los Estados Unidos.
- La atención de emergencia está cubierta en los Estados Unidos. No está cubierta en México ni en Canadá.
- La atención de emergencia presta servicios después de la estabilización (atención posterior). Los servicios de atención posterior son servicios cubiertos relacionados con una condición de emergencia. Estos servicios se prestan después de que lo hayan estabilizado. Ayudan a mantener su condición estable. Ayudan a mejorar o arreglar su condición.

Vea la lista de hospitales con sala de emergencias en la página [83].

## Emergencias dentales

Una emergencia dental es cuando usted necesita atención dental el mismo día. Esta atención está disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Una emergencia dental puede necesitar tratamiento inmediato. Algunos ejemplos son:

- Se le cayó un diente (que no es un diente de leche “flojo” de la infancia).
- Tiene hinchazón facial o infección en la boca.
- No paran de sangrar las encías.

Si tiene una emergencia dental, llame a su dentista de atención primaria (DPC). Lo atenderán en un plazo de 24 horas. Algunos consultorios tienen horarios de emergencias sin cita previa. Si no puede localizar a su PCD o si no tiene uno, llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014. Ellos lo ayudarán a encontrar atención dental de emergencia.

Si ninguna de estas opciones sirve para usted, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias.

**Si necesita una ambulancia, llame al 911.** Vea la lista de hospitales con sala de emergencias en la página [83].

## Crisis y emergencias de salud conductual

**Una emergencia de salud conductual** es cuando necesita ayuda de inmediato para sentirse o estar seguro. Es cuando usted u otras personas están en peligro. Un ejemplo es sentirse fuera de control. Puede sentir que su seguridad está en peligro o tener pensamientos de hacerse daño a sí mismo o a otros.

**Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias si está en peligro.**



- Para los servicios de emergencia de salud conductual no es necesaria una remisión ni aprobación previa. Advanced Health ofrece a sus miembros ayuda y servicios por crisis después de una emergencia.
- Un proveedor de salud conductual puede ayudarlo a obtener servicios para mejorar y estabilizar la salud mental. Intentaremos ayudarlo y apoyarlo después de una crisis.

## Números locales y de 24 horas para crisis, centros de crisis sin cita previa y para dejar a personas

**Puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear al 988. 988 es una línea de ayuda de prevención del suicidio y crisis en la que puede obtener el apoyo comprensivo y compasivo de consejeros de crisis capacitados las 24 horas del día, los 7 días de la semana.**



### **Coos Health and Wellness**

281 LaClair Street, Coos Bay, OR 97420

Teléfono: 541-266-6700/1-888-543-5763

TTY: 800-735-2900

Línea para crisis las 24 horas:  
541-266-6800/1-888-543-5763

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



### **Kairos Coastline Services**

2020 Thompson Road, Coos Bay, OR 97420

Teléfono: 541-267-3511

<https://kairosnw.org>

**Una crisis de salud conductual** es cuando necesita ayuda rápidamente. Si no se trata, la condición puede convertirse en una emergencia. Llame a una de las líneas locales de crisis de 24 horas indicadas arriba o llame al 988 si tiene alguna de las siguientes situaciones o no está seguro de si tiene una crisis. Queremos ayudarlo y apoyarlo para prevenir una emergencia.

## **Ejemplos de cosas a las que debe estar atento si usted o un familiar está teniendo una emergencia o crisis de salud conductual:**

- Está considerando el suicidio.
- Está escuchando voces que le dicen que se haga daño a sí mismo o a alguien más.
- Está haciendo daño a otras personas, animales o propiedades.
- Tiene comportamientos peligrosos o muy inquietantes en la escuela, el trabajo o con amigos o familiares.

Estas son algunas cosas que Advanced Health puede hacer para apoyar la estabilización en la comunidad:

- Una línea directa de crisis para llamar cuando un miembro necesite ayuda
- Equipo móvil de crisis que irá con un miembro que necesita ayuda
- Centros de crisis sin cita previa y para dejar a personas (ver abajo)
- Relevos de crisis (atención de corto plazo)
- Lugares de estancia de corto plazo para estabilizarse
- Servicios posteriores a la estabilización y servicios de atención de urgencia. Esta atención está disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Los servicios de atención posteriores a la estabilización son servicios cubiertos relacionados con una emergencia médica o de salud conductual, que se prestan después de haber estabilizado la emergencia y para mantener la estabilización o resolver la condición.
- Servicios de respuesta en crisis, las 24 horas del día, para miembros que reciben tratamiento intensivo de salud conductual en casa.

Vea más sobre los servicios de salud conductual que se ofrecen en la página [51].

## **Prevención del suicidio**

Si tiene una enfermedad mental y no la trata, puede estar en riesgo de suicidio. Con el tratamiento adecuado, su vida puede mejorar.

### **Señales de advertencia frecuentes de suicidio**

Busque ayuda si observa cualquier señal de que usted o alguien que conoce está pensando en suicidarse. Al menos el 80% de las personas que piensan en el suicidio quieren ayuda. Debe tomar seriamente las señales de advertencia.

Estas son algunas señales de advertencia de suicidio:

- Hablar de querer morir o suicidarse.
- Planear una forma de suicidarse, como comprar un arma.
- Sentirse sin esperanza o sin motivos para vivir.

- Sentirse atrapado o con un dolor insoportable.
- Hablar de ser una carga para otros.
- Regalar posesiones preciadas.
- Pensar y hablar mucho sobre la muerte.
- Consumir más alcohol o drogas.
- Actuar ansioso o agitado.
- Comportarse de forma imprudente.
- Retraerse o sentirse aislado.
- Tener cambios de humor radicales.

**Nunca mantenga en secreto pensamientos o conversaciones sobre el suicidio.**

**También puede obtener ayuda:**

- <Marcando 988> Probando la herramienta de búsqueda telefónica local
- Buscando en línea el número para crisis de salud mental de su condado. Pueden hacerle una evaluación y ayudarlo a obtener los servicios que necesita. Para obtener una lista de más líneas directas en casos de crisis, vea la página [88] o en <https://advancedhealth.com>.

## **Atención de seguimiento después de una emergencia**

Después de una emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento. Esto incluye cualquier cosa que necesite después de salir de la sala de emergencias. La atención de seguimiento no es una emergencia. El OHP no cubre la atención de seguimiento cuando esté fuera del estado. Llame al consultorio de su proveedor de atención primaria o de su dentista de atención primaria para programar cualquier atención de seguimiento.

- Debe obtener la atención de seguimiento de su proveedor o de su dentista habituales. Puede pedir al médico de emergencias que llame a su proveedor para programar la atención de seguimiento.
- Llame a su proveedor o dentista lo más pronto posible después de recibir atención de urgencia o de emergencia. Diga a su proveedor o dentista dónde lo atendieron y por qué.
- Su proveedor o dentista le dará la atención de seguimiento y programará una cita si es necesario.

## Atención lejos de casa

### Atención planificada fuera del estado

Advanced Health lo ayudará a encontrar un proveedor fuera del estado y a pagar por un servicio cubierto cuando:

- Necesite un servicio que no está disponible en Oregón
- Si el servicio es económico

Para obtener más información sobre cómo puede conseguir un resurtido de su receta antes de su viaje vea la página [81].

### Atención de emergencia lejos de casa

Puede ser que necesite atención de emergencia cuando esté lejos de casa o fuera del área de servicio de Advanced Health. **Llame al 911 o vaya a cualquier departamento de emergencias.** No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia. Los servicios médicos de emergencia están cubiertos en todo Estados Unidos, esto incluye la salud conductual y las condiciones dentales de emergencia. No cubrimos los servicios fuera de Estados Unidos, incluyendo Canadá y México.

**No pague los servicios de atención médica de emergencia. Si usted paga la factura de la sala de emergencias, Advanced Health no está autorizada a reembolsarle el pago.** Vea la página [93] para saber qué hacer si le cobran una factura.

## Siga los pasos de abajo si necesita atención de emergencia lejos de casa

1. Asegúrese de llevar la tarjeta de identificación de Oregon Health y la tarjeta de identificación de Advanced Health cuando viaje fuera del estado.
2. Muestre su tarjeta de identificación de Advanced Health y pida que facturen a Advanced Health.
3. No firme ningún documento hasta que sepa que el proveedor facturará a Advanced Health. Algunas veces Advanced Health no puede pagar su factura si se firmó un formulario de acuerdo de pago. Para obtener más información sobre este formulario, vea la página [92].
4. Puede pedir a la sala de emergencias o a la oficina de facturación del proveedor que se comuniquen con Advanced Health si quieren verificar su seguro o si tienen preguntas.
5. Si necesita asesoramiento de qué debe hacer o atención que no sea de emergencia cuando esté lejos de casa, llame a Advanced Health para obtener ayuda.

Cuando hay una emergencia no siempre es posible seguir los pasos de arriba. Estar preparado y saber qué pasos debe seguir para recibir atención de emergencia fuera del estado puede solucionar los problemas de facturación mientras usted está lejos. Estos pasos pueden ayudar a evitar que se le facturen servicios que Advanced Health puede cubrir. Advanced Health no puede pagar por un servicio si el proveedor no nos ha enviado una factura.

## **Facturas por servicios**

### **Los miembros del OHP no pagan facturas por servicios cubiertos**

Cuando programe su primera visita con un proveedor, diga en el consultorio que usted tiene Advanced Health. También avísele si tiene otro seguro. Esto ayudará al proveedor a saber a quién le debe hacer la factura. Lleve su tarjeta de identificación a todas las visitas médicas.

Ningún proveedor dentro de la red de Advanced Health (para obtener una lista de los proveedores de la red vea la página [30]) o alguien que trabaje para ellos puede facturarle a un miembro, enviar la factura de un miembro a una agencia de cobros ni iniciar una acción civil contra un miembro para cobrar cualquier dinero que deba Advanced Health al proveedor contratado por servicios que usted no debe pagar.

### **No se puede facturar a los miembros por citas perdidas o errores.**

- Las citas perdidas no son un servicio del OHP (Medicaid) ni se facturan al miembro o al OHP.
- Si su proveedor no envía los documentos adecuada o no obtiene una aprobación, usted no puede recibir una factura por eso. Esto se conoce como error del proveedor.

### **Los miembros no pueden recibir facturas del saldo ni inesperadas.**

Cuando un proveedor factura por la cantidad restante de la factura eso se llama facturación del saldo. También se llama facturación inesperada. La cantidad es la diferencia entre la cantidad real facturada y la cantidad que paga Advanced Health. Esto pasa más frecuentemente cuando va con un proveedor fuera de la red. Los miembros no son responsables de estos costos.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014. <Para obtener más información sobre la facturación inesperada visite

<https://dfr.oregon.gov/Documents/Surprise-billing-consumers.pdf>.>

## Si su proveedor le envía una factura, no la pague.

Llame a Advanced Health de inmediato al 541-269-7400/800-264-0014, (TTY 711).

También puede llamar a la oficina de facturación de su proveedor y asegurarse de que sepan que usted tiene el OHP.

## Puede haber servicios que usted deba pagar

Por lo general, con Advanced Health, no tendrá que pagar ninguna factura médica. No obstante, algunas veces sí debe pagar. Cuando necesite atención, hable con su proveedor sobre sus opciones. El consultorio del proveedor verificará con [Advanced Health] para saber si un tratamiento o servicio no está cubierto. Si usted decide recibir un servicio que no está cubierto, puede ser que deba pagar la factura.

### Tendrá que pagar al proveedor si:

- **Recibe atención de rutina fuera de Oregón.** Recibe servicios fuera de Oregón que no son de atención de urgencia ni de emergencia.
- **No le dice al proveedor que tiene el OHP.** Usted no le dijo al proveedor que tiene Advanced Health, otro seguro o dio un nombre que coincidía con el de la identificación de Advanced Health en el momento o después de que se le prestó el servicio, por lo que el proveedor no pudo facturarle a Advanced Health. Los proveedores deben verificar su elegibilidad de Advanced Health en el momento del servicio y antes de facturar o hacer cobros. Deben intentar obtener información sobre la cobertura antes de facturarle.
- **Siguen denegándole un servicio.** Usted o su representante solicitaron la continuación de beneficios durante un proceso de apelación y audiencia de caso impugnado, y la decisión final no fue a su favor. Tendrá que pagar los gastos incurridos por los servicios denegados desde la fecha de entrada en vigor del aviso de acción o del aviso de resolución de apelación.
- **Recibe dinero por servicios debido a un accidente.** Si un tercero pagador, como el seguro de un auto, le envió cheques por servicios que recibió de su proveedor y usted no usó esos cheques para pagar al proveedor.
- **No trabajamos con ese proveedor.** Cuando elija ver a un proveedor que no esté en la red de Advanced Health, es posible que deba pagar por sus servicios. Antes de ir con un proveedor que no esté en la red de Advanced Health, debe llamar a Servicio al Cliente

o coordinarlo con su PCP. Puede ser necesario que haya aprobación previa o puede ser que haya un proveedor de la red que se adapte a sus necesidades. Para obtener una lista de proveedores dentro de la red vea la página 30.

- **Elige recibir servicios que no están cubiertos.** Debe pagar cuando elige recibir servicios que el proveedor le dice que no están cubiertos por Advanced Health. En este caso:
  - El servicio es algo que su plan no cubre.
  - Antes de recibir el servicio, usted firma un formulario válido de Acuerdo de pago. Obtenga abajo más información sobre el formulario.
  - Siempre comuníquese primero con Servicio al Cliente de Advanced Health para hablar de lo que está cubierto. Si recibe una factura, comuníquese de inmediato con Servicio al Cliente de Advanced Health.
  - Ejemplos de algunos servicios no cubiertos:
    - Algunos tratamientos, como medicamentos de venta libre, para condiciones que puede tratar en casa o que mejoran por sí solas (resfriados, gripe leve, callos, durezas, etc.).
    - Cirugías o tratamientos cosméticos solo para fines estéticos.
    - Servicios para ayudarla a quedar embarazada.
    - Tratamientos que no son eficaces en general.
    - Ortodoncia, excepto por maloclusión discapacitante y para tratar el paladar hendido en niños.

Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos o no cubiertos, comuníquese con Servicio al Cliente de Advanced Health llamando al 541-269-7400/800-264-0014 (TTY 711).

## **Pueden pedirle que firme un formulario de Acuerdo de pago**

Se usa un formulario de acuerdo de pago cuando usted quiere un servicio que no cubren Advanced Health ni OHP. El formulario también se llama una renuncia. Puede ver una copia del formulario en <https://bit.ly/OHPwaiver>.

## **Lo siguiente debe ser cierto para que el formulario de Acuerdo de pago sea válido:**

- El formulario debe tener el costo calculado del servicio. Este debe ser el mismo que el de la factura.
- El servicio está programado en un plazo de 30 días después de la fecha en que firmó el formulario.

- El formulario dice que el OHP no cubre el servicio.
- El formulario dice que usted acepta pagar la factura.
- Usted pidió pagar de forma privada un servicio cubierto. Si decide hacerlo, el proveedor puede facturarle si lo informa por adelantado de lo siguiente:
  - El servicio está cubierto y Advanced Health les pagaría por completo el servicio cubierto.
  - El costo calculado, incluyendo todos los cargos relacionados, la cantidad que Advanced Health pagaría por el servicio. El proveedor no puede facturarle una cantidad mayor que la que Advanced Health pagaría.
  - Usted acepta consciente y voluntariamente pagar el servicio cubierto.
- El proveedor documenta por escrito, con su firma o la de su representante, que le dieron la información de arriba, y:
  - Le dieron la oportunidad de hacer preguntas, obtener más información y consultar con su trabajador de caso o representante.
  - Usted acepta pagar de forma privada. Usted o su representante firman el acuerdo que tiene toda la información de pago privado.
  - El proveedor debe entregarle una copia del acuerdo firmado. El proveedor no puede presentar un reclamo a Advanced Health por el servicio cubierto que está en el acuerdo.

## **Facturas por atención de emergencia lejos de casa o del estado**

Ya que algunos proveedores de emergencia fuera de la red no están familiarizados con las reglas de OHP (Medicaid) de Oregón, es posible que le facturen. Comuníquese con Servicio al Cliente de Advanced Health si recibe una factura. Puede ser que tengamos recursos para ayudarlo si le facturaron equivocadamente.

**Llámenos de inmediato si recibe una factura de proveedores fuera del estado.** Algunos proveedores envían las facturas no pagadas a agencias de cobro e incluso pueden demandarlo ante un tribunal para que les pague. Es más difícil solucionar el problema cuando esto pasa. En cuanto reciba una factura:

- No ignore las facturas médicas.
- Comuníquese con Servicio al Cliente de Advanced Health lo más pronto posible llamando al 541-269-7400/800-264-0014 (TTY 711).  
Horario: Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.



- Si recibe documentos de un tribunal, llámenos de inmediato. También puede llamar a un abogado o a la línea directa de Beneficios Públicos al 800-520-5292 para obtener asesoramiento legal gratuito. Hay leyes del consumidor que pueden ayudarlo cuando recibe una factura que no corresponde mientras esté en el OHP.
- Si recibió una factura porque Advanced Health denegó su reclamo, comuníquese con Servicio al Cliente. Obtenga más información sobre las denegaciones, su derecho a una apelación y qué hacer si no está de acuerdo con nosotros en la página [99].
  - También puede apelar mediante una carta a Advanced Health diciendo que no está de acuerdo con la factura porque usted estaba en OHP en el momento del servicio.

## **Consejos importantes sobre el pago de servicios y las facturas**

- Le recomendamos mucho que llame a Servicio al Cliente antes de que acepte pagar a un proveedor.
- Si su proveedor le pide que haga un copago, no lo pague. Pida al personal del consultorio que llame a Advanced Health.
- Advanced Health paga todos los servicios cubiertos según la Lista priorizada de servicios médicos; vea la página [37].
- Para obtener una lista breve de los beneficios y servicios que cubren sus beneficios del OHP con Advanced Health, que también cubre la administración de casos y la coordinación de atención, vea la página [34]. Si tiene alguna pregunta de lo que está cubierto, puede hablar con su PCP o llamar a Servicio al Cliente de Advanced Health.
- Ningún proveedor de la red de Advanced Health ni nadie que trabaje para ellos puede facturarle a un miembro, enviar la factura de un miembro a una agencia de cobros ni iniciar una acción civil contra un miembro para cobrar cualquier dinero que deba Advanced Health por servicios que usted no debe pagar.
- Nunca se cobra a los miembros por el transporte a las citas cubiertas. Vea la página 74. Los miembros pueden pedir reembolsos por conducir hasta las visitas cubiertas o recibir pases de autobús para ir a las visitas cubiertas.

- Por lo general, las protecciones para que no le facturen solo se aplican si el proveedor médico sabía o debería haber sabido que usted tenía el OHP. Además, solo se aplican a los proveedores que trabajan con OHP (pero la mayoría de los proveedores lo hacen).
- Algunas veces, su proveedor no completa los documentos correctamente. Cuando esto sucede, es posible que no se les pague. Eso no significa que usted deba pagar. Si ya recibió el servicio y nos negamos a pagarle a su proveedor, aun así, el proveedor no puede facturarle a usted.
- Es posible que reciba un aviso de nosotros comunicándole que no pagaremos el servicio. Ese aviso no significa que usted deba pagar. El proveedor cancelará los cargos.
- Si Advanced Health o su proveedor le dicen que el servicio no lo cubre el OHP, aún tiene derecho a oponerse a esa decisión presentando una apelación y pidiendo una audiencia. Vea la página 110.
- En el caso de que Advanced Health cierre, usted no es responsable de pagar los servicios que cubrimos o prestamos.

## Miembros con OHP y Medicare

Algunas personas tienen OHP (Medicaid) y Medicare al mismo tiempo. El OHP cubre algunas cosas que Medicare no cubre. Si tiene ambos, Medicare es su cobertura médica principal. El OHP puede pagar cosas como medicamentos que Medicare no cubre.

### **Si tiene ambos, usted no es responsable de:**

- Copagos
- Deducibles
- Cargos de coseguro por servicios de Medicare. Esos cargos los cubre el OHP.

Es posible que deba pagar un copago por algunos gastos de recetas.

Hay veces en las que tendrá que pagar deducibles, coseguros o copagos si decide ir con un proveedor fuera de la red. Comuníquese con su oficina local de Adultos Mayores y Personas con Discapacidades (APD) o con la Agencia de Área sobre el Envejecimiento (AAA). Lo ayudarán a obtener más información sobre cómo usar sus beneficios. Llame a la Conexión de Recursos de Envejecimiento y Discapacidad (ADRC) al 855-673-2372 para obtener el teléfono de su oficina local de APD o AAA.

Llame a Servicio al cliente para obtener más información sobre los beneficios que pagan Medicare y OHP (Medicaid), o para obtener ayuda para encontrar un proveedor y cómo obtener los servicios.

### **Los proveedores facturarán a su Medicare y a Advanced Health.**

Advanced Health trabaja con Medicare y tiene un acuerdo para que se nos envíen todos los reclamos para que podamos pagar.

- Dele al proveedor su número de identificación de OHP y dígame que usted está cubierto por Advanced Health. Si aun así le dicen que debe dinero, llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014, (TTY 711). Podemos ayudarlo.
- Obtenga más información sobre las pocas veces que un proveedor puede enviarle una factura en la página [93].

Los miembros con Medicare pueden cambiar o dejar la CCO que usan para su atención física en cualquier momento. Sin embargo, los miembros con Medicare deben usar una CCO para la atención dental y de salud conductual.

## **Cambios de CCO y de la atención**

### **Tiene derecho a cambiar de CCO o dejar una CCO.**

Si no tiene una CCO, su OHP se llama pago por servicio o tarjeta abierta. Se llama “pago por servicio” porque el estado paga a los proveedores una tarifa por cada servicio que prestan. Los miembros de pago por servicio tienen los mismos tipos de beneficios de atención física, dental y conductual que los miembros de la CCO cuando puede cambiar o dejar una CCO.

La CCO que tenga depende de dónde vive. Las reglas sobre cambiarse o dejar una CCO son diferentes cuando solo hay una CCO en el área y cuando hay más CCO en un área.

**Los miembros con Medicare y OHP (Medicaid)** pueden cambiar o dejar la CCO que usan para la atención física en cualquier momento. Sin embargo, los miembros con Medicare deben usar una CCO para la atención dental y de salud conductual.

### **Indios americanos y nativos de Alaska con prueba de herencia indígena**

que quieran recibir atención en otro lugar. Pueden recibir atención en un centro de Servicios de Salud de los Indígenas, en una clínica/programa de salud tribal o en una clínica urbana y con pago por servicio de OHP.

## Áreas de servicio con solo una CCO:

Los miembros con solo una CCO en su área de servicio pueden pedir que se cancele su inscripción (dejar) en una CCO y recibir la atención de un pago por servicio de OHP en cualquier momento por cualquiera de los siguientes motivos “con causa”:

- La CCO tiene objeciones morales o religiosas sobre el servicio que usted quiere.
- Tiene una razón médica. Cuando los servicios relacionados no están disponibles en la red y su proveedor dice que obtener los servicios por separado sería un riesgo innecesario. Ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.
- Otros motivos incluyen, entre otros, una mala atención, falta de acceso a los servicios cubiertos o falta de acceso a proveedores de la red con experiencia para sus necesidades médicas específicas.
- Los servicios no se prestan en su idioma preferido.
- Los servicios no se prestan de una manera culturalmente apropiada.
- Tiene el riesgo de que no reciba atención continua.

Si se muda a un lugar en el que su CCO no atiende, puede cambiar de plan en cuanto informe al OHP de la mudanza. Llame al OHP al 800-699-9075 o use su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov).

## Algunas áreas con más de una CCO:

Los miembros con solo una CCO en su área de servicio pueden pedir que se cancele su inscripción (dejar) en una CCO y recibir la atención de un pago por servicio de OHP en cualquier momento por cualquiera de los siguientes motivos “con causa justificada”:

- Se muda fuera del área de servicio.
  - Si se muda a un lugar en el que su CCO no atiende, puede cambiar de plan en cuanto informe al OHP de la mudanza. Llame al OHP al 800-699-9075 o use su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov).
- La CCO tiene objeciones morales o religiosas sobre el servicio que usted quiere.
- Tiene una razón médica. Cuando los servicios relacionados no están disponibles en la red y su proveedor dice que obtener los servicios por separado sería un riesgo innecesario. Ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.
- Otros motivos incluyen, entre otros, una mala atención, falta de acceso a los servicios cubiertos o falta de acceso a proveedores de la red con experiencia para sus necesidades médicas específicas.
- Los servicios no se prestan en su idioma preferido.
- Los servicios no se prestan de una manera culturalmente apropiada; o
- Hay un riesgo de que no tenga atención continua.

**Los miembros con más de una CCO en su área de servicio también pueden pedir que se cancele su inscripción y cambiarse de CCO en cualquier momento por los siguientes motivos “sin causa justificada”:**

- En un plazo de 30 días desde la inscripción si:
  - No quiere el plan en el que estaba inscrito.
  - Pidió un determinado plan y el estado lo inscribió en otro.
- En los primeros 90 días después de inscribirse en OHP.
  - Si el estado le envía una carta de “cobertura” que dice que es parte de la CCO después de su fecha de inicio, entonces tiene 90 días después de la fecha de esa carta.
- Después de estar con la misma CCO por 6 meses.
- Cuando renueve su OHP.
- Si pierde el OHP por menos de 2 meses, se vuelve a inscribir en una CCO y perdió la oportunidad de elegir la CCO cuando debió renovar su OHP.
- Cuando a una CCO se le suspende el poder añadir nuevos miembros.
- Al menos una vez cada 12 meses si las opciones de arriba no aplican.

Puede preguntar sobre estas opciones por teléfono o por escrito. Llame a Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557 o envíe un correo electrónico a [Oregon.Benefits@odhsos.oregon.gov](mailto:Oregon.Benefits@odhsos.oregon.gov).

## **Cómo cambiar o dejar su CCO**

**Cosas que debe considerar:** Advanced Health quiere asegurarse de que usted recibe la mejor atención posible. Advanced Health puede darle algunos servicios que el pago por servicio o la tarjeta abierta no pueden. Cuando tenga un problema para recibir la atención adecuada, déjenos intentar ayudarlo antes de dejar Advanced Health.

Si aun así quiere dejarlo, debe haber otra CCO disponible en su área de servicio para que pueda cambiar de plan.

**Dígale al OHP si quiere cambiar o dejar su CCO.** Usted o su representante pueden llamar a Servicio al Cliente de OHP al 800-699-9075 o al 800-273-0557 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico. Use su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov) o envíe un correo electrónico a OHP a [Oregon.Benefits@odhsos.oregon.gov](mailto:Oregon.Benefits@odhsos.oregon.gov).

Puede recibir atención mientras cambia su CCO. Vea la página [98] para obtener más información.

## **Advanced Health puede pedirle que se dé de baja por algunos motivos**

Advanced Health puede pedirle a la OHA que lo elimine de nuestro plan si usted:

- Es abusivo, no coopera o molesta a nuestro personal o proveedores, a menos que el comportamiento sea por su necesidad de atención médica especial o discapacidad.
- Comete fraude u otros actos ilegales, como dejar que otra persona use sus beneficios de atención médica, cambiar una receta médica, robo u otros actos de delincuencia.
- Es violento o amenaza con violencia. Esto puede ser a un proveedor de atención médica, su personal, otros pacientes o personal de Advanced Health. Cuando el acto o la amenaza de violencia perjudique seriamente la capacidad de Advanced Health para prestarle servicios a usted o a otros miembros.

Tenemos que pedir al estado (Autoridad médica de Oregón) que revise y apruebe su baja de nuestro plan. Recibirá una carta si se aprobó la solicitud de la CCO para darlo de baja (cancelar su inscripción). Puede presentar una queja si no está de acuerdo con el proceso o la decisión. Vea la página [99] para saber cómo presentar una queja o pedir una apelación.

## **Advanced Health no puede pedir que lo den de baja de nuestro plan por motivos relacionados con (entre otras):**

- Su estado de salud empeora.
- No usa los servicios.
- Usa muchos servicios.
- Está por usar los servicios o lo ingresarán en un centro de cuidados (como un centro de cuidados de largo plazo o un centro residencial de tratamiento psiquiátrico)
- Tiene un comportamiento de necesidades especiales que puede ser molesto o poco cooperativo.
- Su clase protegida, condición médica o historia significa que probablemente necesitará muchos servicios futuros o servicios futuros caros.
- Su discapacidad física, intelectual, de desarrollo o mental.
- Está bajo la custodia de Bienestar Infantil del ODHS.
- Presenta una queja, no está de acuerdo con una decisión, pide una apelación o una audiencia.
- Toma una decisión sobre su atención con la que Advanced Health no está de acuerdo.

Para obtener más información o si tiene preguntas sobre otros motivos por los que pueden darle de baja, excepciones de inscripción temporal o exenciones de inscripción, llame a Advanced

Health al 541-269-7400/800-264-0014 o a Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557.

Recibirá una carta con sus derechos de baja al menos 60 días antes de que deba renovar su OHP.

## Atención mientras cambia o deja una CCO

Algunos miembros que cambian de planes pueden seguir recibiendo los mismos servicios, cobertura de medicamentos con receta e ir con los mismos proveedores, aunque no estén en la red. Eso significa que se coordinará la atención cuando cambie de CCO o pase de pago por servicio del OHP a una CCO. En ocasiones esto se conoce como “Transición de la atención”.

Si tiene problemas médicos graves, necesita atención en el hospital o atención de salud mental, su nuevo plan y el anterior deben trabajar juntos para asegurarse de que reciba la atención y los servicios que necesita.

## Cuando necesita recibir la misma atención mientras está cambiando de plan

Esta ayuda es para cuando tiene problemas médicos graves, necesita atención en el hospital o atención de salud mental como paciente hospitalizado. Esta es una lista con algunos ejemplos de cuándo puede obtener esta ayuda:

- Atención por enfermedad renal en etapa terminal.
- Usted es un menor frágil médicamente.
- Miembros del programa que están recibiendo tratamiento del cáncer de mama o de cuello uterino.
- Miembros que están recibiendo ayuda de Care Assist por VIH/SIDA.
- Atención después del trasplante.
- Está embarazada o acaba de tener un bebé.
- Está en tratamiento por cáncer.
- Cualquier miembro que, si no recibe servicios continuos, puede sufrir un detrimento médico grave o está en riesgo de necesitar atención en el hospital o en una institución.

## El plazo de esta atención es de:

Tipo de membresía	Cuánto tiempo puede recibir la misma atención
OHP con Medicare (Doble elegibilidad con beneficios completos)	90 días

OHP únicamente	30 días por salud física y dental* 60 días por salud conductual*
----------------	---

\*O hasta que su nuevo proveedor de atención primaria (PCP) haya revisado su plan de tratamiento.

Si está dejando Advanced Health, trabajaremos con su nueva CCO o con OHP para asegurarnos de que puede obtener los mismos servicios mencionados abajo.

Si necesita atención mientras cambia de planes o tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de Advanced Health al: 541-269-74000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) Horario: Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. PST

## **Advanced Health se asegurará de que los miembros que necesiten la misma atención mientras cambian de plan reciban:**

- Acceso continuo a la atención y a transporte para recibir atención.
- Servicios de su proveedor, aunque no esté en la red de Advanced Health, hasta que ocurra una de estas cosas:
  - El curso de tratamiento prescrito mínimo o aprobado se complete o
  - Su proveedor decide que ya no se necesita su tratamiento. Si la atención es de un especialista, el plan de tratamiento lo revisará un proveedor calificado.
- Algunos tipos de atención continuarán hasta que esté completa con el proveedor actual. Estos tipos de atención son:
  - Atención antes y después del embarazo/parto (prenatal y posparto).
  - Servicios de trasplante hasta el primer año después del trasplante.
  - Radiación o quimioterapia (tratamiento del cáncer) durante el curso de tratamiento.
  - Medicamentos con un curso de tratamiento mínimo definido que sea mayor que los plazos de transición de la atención indicados arriba.

Puede obtener una copia de la Política de transición de la atención de Advanced Health llamando a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014. También está en nuestro sitio web en <https://advancedhealth.com> bajo Member Benefits (Beneficios del miembro), <https://advancedhealth.com/members/your-benefits/>. Llame a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta.



## Decisiones sobre el final de la vida.

### Directivas anticipadas

Todos los adultos tienen derecho a tomar decisiones sobre su atención. Esto incluye el derecho a aceptar y rechazar un tratamiento. Una enfermedad o lesión puede provocar que no pueda decir a su médico, familiares o representante sobre la atención que quiere recibir. La ley de Oregón le permite expresar sus deseos, creencias y objetivos por anticipado, antes de que necesite ese tipo de atención. El formulario que se usa se llama una **directiva anticipada**.

<https://advancedhealth.com/members/forms/>

Las directivas anticipadas le permiten:

- Compartir sus valores, creencias, objetivos y deseos para la atención médica si usted no puede expresarlos.
- Nombrar a una persona para que tome sus decisiones de atención médica si usted no puede tomarlas. Esta persona se llama su representante de atención médica y debe estar de acuerdo con tener esa función.
- El derecho de compartir, denegar o aceptar tipos de atención médica y el derecho de tomar decisiones sobre su futura atención médica.

### Cómo obtener más información sobre las directivas anticipadas

Podemos darle un folleto gratis sobre las directivas anticipadas. Se llama “Cómo tomar decisiones de atención médica”. Solo llámenos para obtener más información, una copia del folleto y el formulario de directivas anticipadas. Llame a Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400/800-264-0014.

Hay una Guía del usuario de directivas anticipadas disponible. Proporciona información de:

- Los motivos para tener una Directiva anticipada.
- Las secciones en el formulario de la Directiva anticipada.
- Cómo completar o cómo obtener ayuda para completar una Directiva anticipada.
- A quién se le debe entregar una copia de una Directiva anticipada.
- Cómo hacer cambios en una directiva anticipada.

Para descargar una copia de la Guía del usuario de directivas anticipadas o un formulario de directivas anticipadas, visite: <https://www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx>

### Más información útil sobre las directivas anticipadas

- Completar una directiva anticipada es su elección. Si decide no completar ni firmar la directiva anticipada, su cobertura o acceso a la atención seguirá igual.

- Advanced Health no lo tratará distinto si decide no completar ni firmar una directiva anticipada.
- Si completa una directiva anticipada, asegúrese de hablar con sus proveedores y su familia sobre ella y de darles copias.
- Advanced Health respetará cualquier decisión que esté en su directiva anticipada completada y firmada.

## Cómo presentar una queja si Advanced Health no siguió los requisitos de la directiva anticipada

Puede presentar una queja a la Oficina de Licencias Médicas (Health Licensing Office) si su proveedor no hace lo que usted pide en su directiva anticipada.

### Oficina de Licencias Médicas

503-370-9216 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Horario: lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Pacífico

Envíe una queja por correo a:

1430 Tandem Ave NE, Suite 180

Salem, OR 97301

Correo electrónico: [hlo.info@odhsoha.oregon.gov](mailto:hlo.info@odhsoha.oregon.gov)

Llame a Servicio al Cliente de [Advanced Health] al 541-269-7400/800-264-0014 (TTY 711) para obtener una copia impresa del formulario de queja.

Puede encontrar formularios de quejas y obtener más información en:

<https://www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/File-Complaint.aspx>.

## Cómo cancelar una directiva anticipada

Para cancelarla, pida que le devuelvan las copias de su directiva anticipada para que su proveedor sepa que ya no son válidas. Rómpala o escríbale CANCELED (Cancelado) en letras grandes, firme y ponga la fecha. Si tiene preguntas o quiere obtener más información, llame a Decisiones médicas de Oregón al 800-422-4805 o al 503-692-0894 (TTY 711).

## ¿Cuál es la diferencia entre una POLST y la directiva anticipada?

### Órdenes médicas de tratamiento de soporte vital (POLST)

Una POLST es un formulario médico que puede usar para asegurarse de que los proveedores médicos sigan sus deseos de tratamiento cerca del final de la vida. En ningún momento tiene la

obligación de completar una POLST, pero si tiene enfermedades graves u otras razones por las que no quiere todo tipo de tratamiento médico, puede obtener más información sobre este formulario. Las POLST son diferentes de una directiva anticipada:

	Directiva anticipada	POLST
¿Qué es?	Documento legal	Orden médica
¿Quiénes deberían tenerla?	Todos los adultos mayores de 18 años	Personas con una enfermedad grave o mayores y frágiles y que podrían no querer todos los tratamientos
¿Se necesita la aprobación/firma de mi proveedor?	No necesita la aprobación del proveedor	Necesita la firma y la aprobación del proveedor de atención médica
¿Cuándo se usa?	Atención o condición futura	Atención y condición actuales

Para obtener más información, visite: <https://oregonpolst.org/>

Correo electrónico: [polst@ohsu.edu](mailto:polst@ohsu.edu) o llame a POLST de Oregón al 503-494-3965.

## Declaración sobre tratamiento de salud mental

Oregón tiene un formulario para escribir sus deseos de atención de salud mental. El formulario se llama Declaración para el tratamiento de salud mental. El formulario es para cuando tenga una crisis de salud mental o no pueda tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental. Tiene la opción de completar este formulario, cuando no esté en crisis y pueda entender y tomar decisiones sobre su atención.

### ¿Qué hace este formulario por mí?

El formulario muestra qué tipo de atención quiere recibir si alguna vez no puede tomar sus propias decisiones. Solo un tribunal y dos médicos pueden decidir si usted no puede tomar decisiones sobre su salud mental.

Con este formulario podrá tomar decisiones sobre el tipo de atención que quiere y no quiere. Puede usarse para nombrar a un adulto que tome decisiones sobre su atención. La persona que

nombre debe estar de acuerdo en hablar por usted y seguir sus deseos. Si sus deseos no están por escrito, esa persona decidirá lo que usted querría.

Un formulario de declaración solo es válido por 3 años. Si queda incapaz de decidir durante esos 3 años, su formulario entrará en vigor. Estará en vigor hasta que usted pueda volver a tomar decisiones. Podrá cancelar su declaración cuando pueda tomar decisiones sobre su atención. Debe entregar su formulario a su PCP y a la persona que nombre para que tome decisiones por usted.

Para obtener más información sobre la Declaración para el tratamiento de salud mental, visite el sitio web del Estado de Oregón en

[https://aix-xweb1p.state.or.us/es\\_xweb/DHSforms/Served/le9550.pdf](https://aix-xweb1p.state.or.us/es_xweb/DHSforms/Served/le9550.pdf)

Si su proveedor no sigue los deseos de su formulario, puede presentar una queja. Encontrará un formulario para esto en [www.healthoregon.org/hcrqi](http://www.healthoregon.org/hcrqi). Envíe su queja a:

**Health Care Regulation and Quality Improvement**

800 N.E. Oregon St., #465

Portland, OR 97232

Correo electrónico: [Mailbox.HCLC@odhsoha.oregon.gov](mailto:Mailbox.HCLC@odhsoha.oregon.gov)

Teléfono: 971-673-0540 (TTY: 971-673-0372)

Fax: 971-673-0556

## Denuncias de fraude, despilfarro y abuso

Somos un plan médico comunitario y queremos asegurarnos de que el dinero de la atención médica se gasta ayudando a nuestros miembros a estar sanos y bien. Para eso necesitamos su ayuda.

Si cree que hubo fraude, despilfarro o abuso, repórtelo lo antes posible. Puede reportarlo de forma anónima. Las leyes de protección de informantes protegen a las personas que reportan fraudes, despilfarros y abusos. No perderá su cobertura si hace un reporte. Es ilegal acosar, amenazar o discriminar a alguien que reporta un fraude, despilfarro o abuso.

### **El fraude a Medicaid es ilegal y Advanced Health se lo toma muy en serio.**

#### **Algunos ejemplos de fraude, despilfarro y abuso por un proveedor son:**

- Un proveedor que le cobra un servicio cubierto por Advanced Health.
- Un proveedor que le factura servicios que usted no recibió.
- Un proveedor que le presta un servicio que usted no necesita basándose en su condición médica.

## **Algunos ejemplos de fraude, despilfarro y abuso por un miembro son:**

- Ir con varios médicos para que le receten un medicamento que ya le recetaron
- Que alguien use la identificación de otra persona para obtener beneficios

**Advanced Health se ha comprometido a prevenir fraudes, despilfarros y abusos. Seguiremos todas las leyes relacionadas, incluyendo la Ley estatal y federal de reclamos falsos.**

## **Cómo reportar fraudes, despilfarro y abuso**

Puede hacer un reporte de fraude, despilfarro y abuso de distintas formas:

Por teléfono, fax, en línea o escribiendo directamente a Advanced Health. **Reportamos todas las sospechas de fraude, despilfarro y abuso que cometen proveedores o miembros a las agencias estatales de abajo.**

Llame a nuestra línea directa: 541-266-6500

Fax: 541-269-2052

Envíe un reporte en línea: <https://advancedhealth.com>

Escriba a: **Advanced Health**

**289 LaClair Street, Coos Bay, Oregon 97420**

O

Reporte un fraude, despilfarro y abuso de un miembro llamando, enviando un fax o escribiendo a:

### **DHS Fraud Investigation Unit**

P.O. Box 14150

Salem, OR 97309

Hotline: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

Fax: 503-373-1525 Attn: Línea directa

Sitio web: <https://www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx>

O (específico para proveedores)

### **OHA Office of Program Integrity**

3406 Cherry Avenue NE

Salem, OR 97303-4924

Hotline: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

Fax: 503-378-2577

Sitio web: <https://www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx>.

O

### **Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)**

Oregon Department of Justice

100 SW Market Street

Portland, OR 97201

Teléfono: 971-673-1880

Fax: 971-673-1890

**Para reportar fraudes en línea:** <https://www.oregon.gov/dhs/abuse/Pages/fraud-reporting.aspx>

## **Quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias imparciales**

Advanced Health se asegura de que todos los miembros tengan acceso a un sistema de quejas formales (quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias). Intentamos que para los miembros sea fácil presentar una queja, queja formal o apelación y obtener información sobre cómo presentar una audiencia ante la Autoridad médica de Oregon.

Avísenos si necesita ayuda con cualquier parte del proceso de queja, queja formal, apelación o audiencia. También podemos darle más información sobre cómo manejamos las quejas/quejas formales y las apelaciones. Tenemos copias de nuestra plantilla de aviso. Si necesita ayuda o quiere obtener más información de la que está en el manual, llámenos al:

Advanced Health

289 LaClair Street, Coos Bay, OR 97420

Teléfono 541-269-7400 o 800-264-0014 TTY 711

Fax 541-269-2052

También puede encontrar un formulario de queja en <https://advancedhealth.com/members/forms/>

### **Usted puede presentar una queja**

- Una **queja** nos avisa que no está satisfecho.

- Una **disputa** es cuando usted no está de acuerdo con Advanced Health o con un proveedor.
- Una **queja formal** es una queja que puede presentar si no está contento con Advanced Health, sus servicios de atención médica o su proveedor. Una disputa también puede ser una queja formal.

Para hacerlo fácil, OHP usa la palabra **queja** para quejas formales y también para disputas.

Tiene derecho a presentar una queja si no está satisfecho con alguna parte de su atención. Intentaremos mejorar las cosas. Llame sin costo a Servicio al Cliente al 800-264-0014, TTY 711. También puede presentar una queja ante la OHA u Ombuds. Puede comunicarse con la OHA en el 1-800-273-0557 o con Ombuds al 1-877-642-0450.

o

Escriba a:

Advanced Health  
289 LaClair Street, Coos Bay, OR 97420  
Teléfono 541-269-7400 o 800-264-0014 TTY 711  
Fax 541-269-2052

También puede encontrar un formulario de queja en <https://advancedhealth.com/members/forms/>

Puede presentar una queja sobre cualquier asunto que no sea una denegación de servicio o de beneficios y en cualquier momento, de forma oral o por escrito. Si presenta una queja ante la OHA, se la enviarán a Advanced Health

## Ejemplos de razones por las que puede presentar una queja:

- Problemas para programar citas o conseguir transporte
- Problemas para encontrar un proveedor cerca de donde vive
- No sentirse respetado o entendido por los proveedores, el personal del proveedor, los conductores o Advanced Health
- Atención de la que no estaba seguro, pero que recibió de todos modos
- Facturas por servicios que no aceptó pagar
- Disputas sobre las propuestas de extensión de Advanced Health para tomar decisiones de aprobación

- Seguridad del conductor o del auto
- Calidad del servicio que recibió

Un representante o su proveedor pueden hacer (presentar) una queja por usted, con su autorización por escrito para hacerlo.

Nosotros revisaremos su queja y lo informaremos de lo que se puede hacer tan pronto como se necesite por su salud. Esto se hará en 5 días hábiles a partir del día en que recibamos su queja.

Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles. Le diremos por qué necesitamos más tiempo. Solo pediremos más tiempo si es en su beneficio. Todas las cartas estarán en su idioma preferido. Le enviaremos una carta en un plazo de 30 días desde que recibimos la queja explicándole qué es lo que haremos.

Si no está satisfecho con la forma en que tratamos su queja, puede avisarlo a la Unidad de Servicio al Cliente de OHP llamando al 1-800-273-0557 o comunicándose con el Programa Ombuds de la OHA. Los Ombuds son representantes de los miembros del OHP y harán todo lo posible por ayudarlo. Envíe un correo electrónico a [OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov](mailto:OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov) o deje un mensaje al 877-642-0450.

Otro recurso para encontrar apoyos y servicios en su comunidad es 211 Info. Llame al 2-1-1 o visite el sitio web [www.211info.org](http://www.211info.org) para obtener ayuda.

## **Advanced Health, sus contratistas, subcontratistas y proveedores participantes no pueden:**

- Impedir que un miembro use cualquier parte del proceso del sistema de quejas y apelaciones o aplicar sanciones a un proveedor que pida un resultado urgente o apoye la apelación de un miembro.
- Fomentar que se retire una queja, apelación o audiencia ya presentada o
- Usar la presentación o el resultado de una queja, apelación o audiencia como motivo para reaccionar contra un miembro o para solicitar que se cancele su inscripción.

## **Puede pedirnos que cambiemos una decisión que tomamos. Esto se llama una apelación.**

Puede llamar por teléfono, escribir una carta o completar un formulario que explique por qué el plan debería cambiar la decisión sobre un servicio.



Si denegamos, interrumpimos o limitamos un servicio médico, dental o de salud conductual, le enviaremos una carta de denegación donde lo informaremos de nuestra decisión. Esta carta de denegación también se llama Aviso de determinación adversa de beneficios (NOABD). También informaremos a su proveedor de nuestra decisión.

**Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a pedirnos que la cambiemos.** A esto se le llama apelación porque usted está apelando nuestra decisión.

## ***¿No está de acuerdo con nuestra decisión? Siga estos pasos:***

<b>1</b>	<b>Pida una apelación.</b> Debe pedirla en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación. Llame o envíe un formulario.
<b>2</b>	<b>Espere nuestra respuesta.</b> Tenemos 16 días para responder. ¿Qué pasa si necesito una respuesta más rápida? Puede solicitar una apelación rápida.
<b>3</b>	<b>Lea nuestra decisión.</b> ¿Aún no está de acuerdo? Puede pedir al estado que lo revise. A esto se le llama una audiencia.
<b>4</b>	<b>Pida una audiencia.</b> Debe pedirlo en un plazo de 120 días a partir de la fecha de la carta de decisión de la apelación.

## Obtenga más información sobre los pasos necesarios para pedir una apelación o una audiencia

### Paso 1

#### **Pida una apelación.**

Debe pedirla en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación (NOABD).

Llámenos al 541-269-7400/800-264-0014 (TTY 711) o use el formulario de Solicitud para revisar una decisión de atención médica. El formulario se enviará con la carta de denegación. También puede obtenerlo en <https://bit.ly/request2review>.

Puede enviar por correo el formulario o la solicitud por escrito a Advanced Health, 289 LaClair Street, Coos Bay, OR, 97420.

También puede enviar por fax el formulario al 541-269-2052.

#### **¿Quién puede pedir una apelación?**

Usted o alguien con autorización por escrito para hablar en su nombre. Esa persona puede ser su médico o un representante autorizado.

### Paso 2

#### **Espere nuestra respuesta.**

Una vez que recibamos su solicitud, revisaremos la decisión original. Un nuevo médico revisará su expediente médico y la solicitud de servicio para determinar si seguimos correctamente las normas. Puede darnos más información que considere útil para que revisemos la decisión.

#### **¿Cuánto tiempo tienen para revisar mi apelación?**

Tenemos 16 días para revisar su solicitud y responderle. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta. Tenemos hasta 14 días más para responder.

#### **¿Qué pasa si necesito una respuesta más rápida?**

Puede solicitar una apelación rápida. A esto también se le llama apelación urgente. Llámenos o envíe por fax el formulario de solicitud. El formulario se enviará con la carta de denegación. También puede obtenerlo en <https://bit.ly/request2review>. Solicite una apelación rápida si esperar por la apelación normal podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad de

	<p>funcionamiento. Lo llamaremos y le enviaremos una carta, en un plazo de 1 día hábil, para avisarle que recibimos su solicitud de apelación rápida.</p> <p><b>¿Cuánto tarda una apelación rápida?</b></p> <p>Si obtiene una apelación rápida, tomaremos nuestra decisión tan rápido como se necesite por su salud, como máximo 72 horas a partir de la recepción de la solicitud de apelación rápida. Haremos todo lo posible por comunicarnos con usted y su proveedor por teléfono para informarlos de nuestra decisión. También recibirá una carta.</p> <p>Si lo solicita o si necesitamos más tiempo, podemos extender el plazo hasta 14 días.</p> <p>Si se deniega una apelación rápida o se necesita más tiempo, lo llamaremos y recibirá un aviso por escrito en dos días. Una solicitud de apelación rápida denegada se convertirá en una apelación estándar y debe resolverse en 16 días o posiblemente extenderse 14 días más.</p> <p>Si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo de apelación o si se deniega una apelación rápida, tiene derecho a presentar una queja.</p>
<p><b>Paso 3</b></p>	<p><b>Lea nuestra decisión.</b></p> <p>Le enviaremos una carta con nuestra decisión de la apelación. Esta carta de decisión de la apelación también se llama Aviso de resolución de apelación (NOAR). Si está de acuerdo con la decisión, no tiene que hacer nada.</p>
<p><b>Paso 4:</b></p>	<p><b>¿Aún no está de acuerdo? Pida una audiencia.</b></p> <p>Puede pedir al estado que revise la decisión de la apelación. A esto se le llama pedir una audiencia. Debe pedir una audiencia en un plazo de 120 días a partir de la fecha de la carta de decisión de la apelación (NOAR).</p> <p><b>¿Qué pasa si necesito una audiencia más rápidamente?</b></p> <p>Puede solicitar una audiencia rápida. A esto también se le llama audiencia urgente.</p> <p>Use el formulario de audiencia en línea en <a href="https://bit.ly/ohp-hearing-form">https://bit.ly/ohp-hearing-form</a> para solicitar una audiencia normal o una audiencia más rápida.</p>

También puede llamar al estado al 800-273-0557 (TTY 711) o usar el formulario de solicitud que se enviará con la carta. Obtenga el formulario en <https://bit.ly/request2review>. Puede enviar el formulario a:

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

El estado decidirá si puede tener una audiencia rápida 2 días hábiles después de recibir su solicitud.

#### ¿Quién puede pedir una audiencia?

Usted o alguien con autorización por escrito para hablar en su nombre. Esa persona puede ser su médico o un representante autorizado.

#### ¿Qué pasa en una audiencia?

En la audiencia, puede decirle al juez de Derecho Administrativo de Oregón por qué no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación. El juez tomará la decisión final.

## Preguntas y respuestas sobre las apelaciones y las audiencias

### ¿Qué pasa si no recibo una carta de denegación? ¿Todavía puedo pedir una apelación?

Tiene que recibir una carta de denegación antes de que pueda pedir una apelación.

Si su proveedor dice que no puede recibir un servicio o que tendrá que pagar por él, puede pedirnos una carta de denegación (NOABD). Una vez que tenga la carta de denegación, puede pedir una apelación.

### ¿Qué pasa si Advanced Health no cumple el plazo de apelación?

Si tardamos más de 30 días en responder, puede solicitar una revisión al estado. A esto se le llama una audiencia. Para solicitar una audiencia, llame al estado al 800-273-0557 (TTY 711) o use el formulario de solicitud que se enviará con la

carta de denegación (NOABD). Obtenga el formulario en <https://bit.ly/request2review>.

### ¿Puede otra persona representarme o ayudarme en una audiencia?

Tiene derecho a que otra persona de su elección lo represente en la audiencia. Puede ser cualquier persona, como un amigo, un familiar, un abogado o su proveedor. También tiene derecho a representarse usted mismo si lo prefiere. Si contrata a un abogado, deberá pagar sus honorarios.

Para recibir asesoría y una posible representación sin costo, llame a la Línea directa de beneficios públicos al 1-800-520-5292; TTY 711. La línea directa es una colaboración entre Legal Aid of Oregon y Oregon Law Center. También puede encontrar información de ayuda legal gratis en OregonLawHelp.com

### ¿Puedo seguir recibiendo el beneficio o servicio mientras espero una decisión?

Si estuvo recibiendo el beneficio o servicio que se le denegó y dejamos de ofrecérselo, puede pedirnos que lo continuemos durante el proceso de apelación y audiencias.

#### **Es necesario que usted:**

- Lo pida en un plazo de 10 días a partir de la fecha de notificación o antes de la fecha en que esta decisión entre en vigor, lo que suceda después.
- Llámenos al 541-269-7400/800-264-0014 (TTY 711) o use el formulario de Solicitud para revisar una decisión de atención médica. El formulario se enviará con la carta de denegación. También puede obtenerlo en <https://bit.ly/request2review>.
- **Responda “sí” a la pregunta sobre la continuación de los servicios en el recuadro 8 de la página 4 del formulario *Solicitud para revisar una decisión de atención médica*.**

Puede enviar el formulario por correo a **Advanced Health, 289 LaClair Street, Coos Bay, Oregon 97420**

### ¿Debo pagar para seguir recibiendo el servicio?

Si elige seguir recibiendo el beneficio o servicio denegado, es posible que deba pagarlo. Si cambiamos nuestra decisión durante la apelación, o si el juez está de acuerdo con usted en la audiencia, no tendrá que pagar.

Si cambiamos nuestra decisión y usted no estaba recibiendo el servicio o beneficio, aprobaremos o daremos el servicio o beneficio tan pronto como

lo necesite por su salud. No tardaremos más de 72 horas a partir del día en que recibamos el aviso de que se revocó nuestra decisión.

### ¿Qué pasa si también tengo Medicare? ¿Tengo más derechos de apelación?

Si tiene Advanced Health y Medicare, es posible que tenga más derechos de apelación que los que se indican arriba. Puede llamar a Servicio al Cliente al 541-269-7400/800-264-0014 (TTY 711) para obtener más información. También puede llamar a Medicare al 800-633-4227 o a TTY 877- 486-2048 para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

### ¿Qué sucede si quiero ver los registros que se usaron para tomar la decisión sobre mis servicios?

Puede comunicarse con Advanced Health llamando al 541-269-7400/800-264-0014 (TTY 711) para pedir copias gratuitas de toda la documentación que se usó para tomar la decisión.

## Palabras que debe saber

**Apelación:** Cuando le pide a su plan que cambie una decisión con la que no está de acuerdo sobre un servicio que ordenó su médico. Puede llamar por teléfono, escribir una carta o completar un formulario que explique por qué el plan debe cambiar su decisión. A esto se le llama presentar una apelación.

**Directiva anticipada:** Un formulario legal que le permite expresar sus deseos de atención al final de la vida. Puede elegir a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted si no puede hacerlo usted mismo.

**Evaluación:** Revisión de la información sobre la atención, los problemas de atención médica y las necesidades de un paciente. Se usa para saber si la atención debe cambiar y para planificar la atención futura.

**Facturación del saldo (facturación inesperada):** La facturación del saldo es cuando el proveedor le envía una factura por una cantidad que quedó pendiente. Esto sucede cuando un plan no cubre el costo total de un servicio. A esto también se le llama factura inesperada. Se supone que los proveedores del OHP no deben facturar los saldos a los miembros.

**Salud conductual:** Se refiere a la salud mental, enfermedades mentales, adicciones y trastornos por consumo de sustancias. Puede cambiar su estado de ánimo, su forma de pensar o de actuar.

**Copago:** Cantidad de dinero que una persona debe pagar por servicios como recetas o consultas. Los miembros del OHP no tienen copagos. Los seguros médicos privados y Medicare a veces tienen copagos.

**Coordinación de la atención:** Servicio que le ofrece educación, apoyo y recursos en la comunidad. Lo ayuda a trabajar en su salud y orientarse en el sistema de atención médica.

**Acción civil:** Demanda presentada para obtener un pago. Esta no es una demanda por un delito. Algunos ejemplos son lesiones personales, cobro de facturas, negligencia médica y fraude.

**Coseguro:** Cantidad que una persona debe pagar a un plan médico por la atención recibida. Suele ser un porcentaje del costo, como el 20%. El seguro paga el resto.

**Leyes del consumidor:** Normas y leyes pensadas para proteger a las personas y acabar con las prácticas comerciales deshonestas.

**Organización de atención coordinada (CCO):** Una CCO es un plan local del OHP que lo ayuda a usar sus beneficios. Las CCO se componen de todo tipo de proveedores de atención médica en una comunidad. Trabajan juntos para atender a los miembros del OHP en un área o región del estado.

**Crisis:** Momento de dificultad, problema o peligro. Puede llevar a una situación de emergencia si no se trata.

**Declaración de tratamiento de salud mental:** Formulario que puede completar cuando sufre una crisis de salud mental y no puede tomar decisiones sobre su atención. En este se describen las opciones sobre la atención que quiere y que no. También le permite nombrar a un adulto que puede tomar decisiones sobre su atención.

**Deducible:** Cantidad que paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su seguro pague el resto. Esto solo aplica para Medicare y seguros médicos privados.

**Dispositivos para habilitación y rehabilitación:** Suministros para ayudarlo con los servicios de terapia u otras tareas cotidianas. Los ejemplos incluyen:

- Andadores
- Bastones
- Muletas
- Monitores de glucosa
- Bombas de infusión

- Prótesis y ortesis
- Ayudas para problemas de la vista
- Dispositivos de comunicación
- Sillas de ruedas con motor
- Respirador artificial

**Diagnóstico:** Cuando un proveedor encuentra el problema, la condición o la enfermedad.

**Equipo médico duradero (DME):** Cosas como sillas de ruedas, andadores y camas de hospital que duran mucho tiempo. No se agotan como los suministros médicos.

**Condición dental de emergencia:** Problema médico de dientes basado en sus síntomas. Por ejemplo, dolor de dientes intenso o hinchazón.

**Condición médica de emergencia:** Enfermedad o lesión que necesita atención inmediata. Esto puede ser un sangrado incontrolable, dolor intenso o huesos rotos. Puede ser algo que haga que alguna parte de su cuerpo deje de funcionar. Una condición de salud mental de emergencia es la sensación de estar fuera de control o sentir que podría lastimarse a usted mismo o a otra persona.

**Transporte médico de emergencia:** Usar una ambulancia o Life Flight para recibir atención médica. Los técnicos de emergencias médicas ofrecen atención durante el viaje o vuelo.

**ER o ED:** Significa sala de emergencias o departamento de emergencias. Es el lugar de un hospital donde puede recibir atención para una emergencia médica o de salud mental.

**Atención en la sala de emergencias:** Atención que recibe cuando tiene un problema médico grave y no es seguro esperar. Esto puede pasar en una ER.

**Servicios de emergencia:** Atención que mejora o estabiliza condiciones médicas o de salud mental graves y repentinas.

**Servicios excluidos:** Lo que no paga un plan médico. Ejemplo: OHP no paga los servicios para mejorar su apariencia, como cirugía estética o cosas que se alivian solas, como un resfriado.

**Ley federal y estatal de reclamaciones falsas:** Leyes que penalizan que alguien conscientemente haga un registro falso o presente un reclamo falso por atención médica.



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

**Servicios y dispositivos de habilitación:** Servicios y dispositivos que enseñan competencias para la vida diaria. Un ejemplo es la terapia del habla para un niño que aún no habla.

**Seguro médico:** Programa que paga la atención médica. Después de inscribirse, una empresa o agencia del gobierno paga los servicios médicos con cobertura. Algunos programas de seguros necesitan pagos mensuales, llamados *primas*.

**Encuesta sobre su salud:** una encuesta sobre la salud de un miembro. En ella se pregunta por la salud emocional y física, los comportamientos, las condiciones de vida y la historia familiar. Las CCO la usan para conectar a los miembros con la ayuda y el apoyo correctos.

**Atención médica en casa:** Servicios que recibe en casa para ayudarlo a vivir mejor después de una cirugía, una enfermedad o una lesión. Algunos de estos servicios son ayuda con medicamentos, comidas y baños.

**Servicios de hospicio:** Servicios para reconfortar a una persona que se está muriendo y ayudar a su familia. Los servicios de hospicio son flexibles y pueden incluir tratamiento del dolor, orientación y atención de relevo.

**Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y ambulatorios:** Paciente hospitalizado: cuando ingresa en un hospital y se queda al menos tres (3) noches. Paciente ambulatorio: cuando la cirugía o el tratamiento se hace en un hospital y luego se da de alta.

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

**Medicaid:** Programa nacional que ayuda con los gastos de atención médica para personas de bajos ingresos. En Oregón, se llama Plan de Salud de Oregón (Oregon Health Plan, OHP).

**Necesario por motivos médicos:** Servicios y suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o sus síntomas. También puede referirse a servicios que son un tratamiento estándar.

**Medicare:** Programa de atención médica para personas mayores de 65 años. También ayuda a personas con ciertas discapacidades de cualquier edad.

**Red:** Proveedores médicos, de salud mental, dentales, farmacéuticos y de equipos que tienen un contrato con una CCO.

**Proveedor participante o de la red:** Cualquier proveedor que trabaje con su CCO. Puede consultar gratis a los proveedores de la red. Algunos especialistas de la red necesitan una remisión.

**Proveedor fuera de la red:** Un proveedor que no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no paga para que los miembros los consulten. Usted debe obtener aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red.

**Renuncia del Acuerdo de pago del OHP (OHP 3165 o 3166):** Formulario que usted firma si acepta pagar un servicio que el OHP no paga. Solo es válido para el servicio y las fechas exactas que aparecen en el formulario. Puede ver el formulario de renuncia en blanco en <https://bit.ly/OHPwaiver>. ¿No está seguro si firmó un formulario de renuncia? Puede preguntar en el consultorio de su proveedor. Para otros idiomas, visite: [www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx](http://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx)

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

**Plan:** Organización médica o CCO que paga los servicios de atención médica de sus miembros.

**POLST – Órdenes portátiles de tratamiento para prolongar la vida (POLST):** Formulario que puede usar para asegurarse de que los proveedores médicos cumplan sus deseos de atención cerca del final de la vida.

**Servicios posteriores a la estabilización:** Servicios después de una emergencia para ayudar a mantenerlo estable, o para mejorar o solucionar su condición.

**Aprobación previa (autorización previa o PA):** Documento que indica que su plan pagará por un servicio. Algunos planes y servicios necesitan una PA antes de recibir el servicio. Los médicos suelen encargarse de esto.

**Prima:** El costo del seguro.

**Cobertura para medicamentos recetados:** Seguro o plan médico que ayuda a pagar los medicamentos.

**Medicamentos recetados:** Medicamentos que su médico le indica que tome.

**Atención preventiva o prevención:** Atención médica que lo ayuda a mantenerse saludable. Por ejemplo, vacunarse de la gripe o hacerse un chequeo cada año.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** Profesional médico que se encarga de su salud. Por lo general, es la primera persona a la que llama cuando tiene problemas médicos o necesita atención. Su PCP puede ser un médico, un enfermero de práctica avanzada, un asistente médico, un osteópata o, a veces, un naturópata.

**Dentista de atención primaria (PCD):** Dentista al que visita de forma habitual y que cuida sus dientes y encías.

**Proveedor:** Cualquier persona u organismo que preste un servicio de atención médica.

**Remisión:** Una remisión es una orden por escrito de su proveedor donde se indica la necesidad de un servicio. Debe pedir la remisión a un proveedor.

**Servicios de rehabilitación:** Servicios para ayudarlo a recuperar la salud por completo. Por lo general, ayudan después de una cirugía, lesión o consumo de sustancias.

**Representante:** Persona elegida para actuar o hablar en su nombre.

**Prueba de detección:** Encuesta o examen para detectar condiciones médicas y necesidades de atención.

**Atención de enfermería especializada:** Ayuda de un enfermero para tratar heridas, recibir terapia o tomar sus medicamentos. Puede recibir atención de enfermería especializada en un hospital, un centro de atención residencial o en su propia casa con atención médica a domicilio.

**Especialista:** Proveedor médico con preparación especial para atender una parte determinada del cuerpo o un tipo de enfermedad.

**Suicidio:** Acción de quitarse la vida.

**Telesalud:** Atención por video o teléfono en lugar del consultorio de un proveedor.

**Transición de la atención:** Algunos miembros que cambian de planes del OHP pueden seguir recibiendo los mismos servicios y consultar a los mismos proveedores. Eso significa que la atención no cambiará cuando usted cambie de plan de CCO o pase al plan de pago por servicio del OHP. A esto se le llama transición de la atención. Si tiene problemas médicos graves, su nuevo plan y el anterior deben colaborar para asegurarse de que reciba la atención y los servicios que necesita.

**Trabajador médico tradicional (THW):** Trabajador de salud pública que trabaja con proveedores de atención médica para dar servicio a una comunidad o clínica. Un THW se

asegura de que los miembros reciban un trato justo. No todos los THW están certificados por el estado de Oregón. Hay seis (6) diferentes tipos de THW, incluyendo:

- Trabajador médico de la comunidad
- Especialista de bienestar de pares
- Coordinador de salud personal
- Especialista de apoyo de pares
- Comadrona
- Trabajadores médicos tradicionales tribales

**Atención de urgencia:** Atención que necesita el mismo día para un dolor intenso. También incluye atención para evitar que una lesión o enfermedad empeore demasiado o para evitar la pérdida de función en una parte de su cuerpo.

**Denunciante:** Persona que denuncia gastos excesivos, fraude, despilfarro, corrupción o riesgos para la salud y la seguridad públicas.