Dirección y correo de Advanced Health

289 LaClair Street

Coos Bay, Oregon 97420

AdvancedHealth

Bridging the Future of Healthcare

Contacto de Advanced Health:

Teléfono local....541-269-7400

Línea gratis...800-264-0014

TTY....711 o 800-735-1232

Correo electrónico.... customerservice@advancedhealth.com

Sitio web..... https://advancedhealth.com

MANUAL PARA MIEMBROS

ACTUALIZADO el 1 de enero de 2025

Ayúdenos a mejorar este manual

¡El OHP quiere saber su opinión! Queremos asegurarnos de que tenga la información que necesita. Sus comentarios pueden ayudar a Advanced Health y al OHP a mejorar los manuales para miembros.

¡Responda la encuesta del manual! Escanee el código QR o visite www.surveymonkey.com/r/tellOHP para responder algunas preguntas.

ESCANEE PARA VER LA ENCUESTA

Actualizaciones del manual

Los miembros nuevos y los que regresan reciben un manual por correo postal cuando se unen a Advanced Health. Se lo enviaremos por correo postal en un plazo de 14 días después de su inscripción. El Manual para miembros se actualiza una vez al año. Puede encontrar el manual más actualizado aquí: https://AdvancedHealth.com. Le avisarán por correo postal de cualquier información actualizada importante. Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre el manual, llame al Servicio al Cliente al 541-269-7400.

Cómo empezar:

Le enviaremos una encuesta médica para ayudar a Advanced Health a saber qué apoyo necesita. Le preguntaremos sobre sus necesidades de atención médica física, conductual, dental y social. Para obtener más información sobre esta encuesta, vaya a la sección “Encuesta sobre su salud”.

Complete y devuelva la encuesta de una de estas maneras:

- Teléfono: 541-269-7400 TTY 711 o 800-735-1232
- Fax: 541-266-2052
- Correo postal: Advanced Health
  289 LaClair Street, Coos Bay, OR 97420
- Correo electrónico: Customerservice@advancedhealth.com
- Sitio 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

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

Si está buscando:

- Beneficios. Vaya a las páginas 36-58 / Sección “Sus beneficios”
- Proveedores de atención primaria. Vaya a las páginas 28-29 / Sección “Proveedores de atención primaria”
- Aprobaciones previas y remisiones. Vaya a las páginas 37-39 / Sección “Cómo obtener una aprobación previa”

- Derechos y responsabilidades. Vaya a las páginas 23-27 / Sección “Sus derechos y responsabilidades”
- Transporte para recibir atención. Vaya a las páginas 72-76 / Sección “Transporte gratuito para recibir atención”
- Coordinación de la atención. Vaya a las páginas 34-35 / Sección “Obtenga ayuda para organizar su atención”
- Recetas. Vaya a las páginas 78-79 / Sección “Medicamentos con receta”
- Atención de emergencia. Vaya a la página 83-88 / Sección “Atención de emergencia”
- Cuánto tiempo hay que esperar para recibir atención. Vaya a la página 64-65 / Sección “Cuánto tiempo hay que esperar para recibir atención”
- Quejas formales, quejas y apelaciones. Vaya a las páginas 105-109 / Sección “Quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias justas”

- Lleve siempre con usted sus tarjetas de identificación de miembro del OHP y de Advanced Health.
  - Nota: Le llegarán por separado y recibirá su tarjeta de identificación del OHP antes que la 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 _____.
  - Sus teléfonos son _____

Ayuda gratis en otros idiomas y formatos.

Todos tienen derecho a conocer los programas y servicios de Advanced Health. Todos los miembros tienen derecho a saber cómo usar nuestros programas y servicios.

Ofrecemos estos tipos de ayuda gratuita:

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

Puede obtener 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. Todos los formatos tienen la misma información. Recibirá el material en un plazo de 5 días después de solicitarlo. Esta ayuda es gratuita. 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.

Advanced Health puede enviarle el material por correo electrónico.
Puede pedirlo por teléfono llamando al 541-269-7400 o enviando un correo electrónico a Customerservice@Advancedhealth.com. 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.

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 médicos certificados en https://Oregon.gov/OHA/EI.

Si necesita ayuda, llámenos al 541-269-7400 o llame al Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711).

Si no obtiene la ayuda de intérprete que necesita de Advanced Health, llame al coordinador del Programa de Servicios de Acceso a Idiomas del estado al 844-882-7889, TTY 711 o envíe un correo electrónico a: 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 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 o TTY 711 o 800-735-1232. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

-

Usted puede obtener ayudar 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 или TTY 711 или 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 hoặc TTY (Đường dây Dành cho Người Khiếm thính hoặc Khuyết tật về Phát âm) 711 hoặc 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 nhật 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 المفضّلة لديكم. كما يمكنكم طلب مترجم شفهي. إن هذه المساعدة مجانية. اتصلو على 541-269-7400 أو المبرقة الكاتبة 711 أو 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 ama TTY 711 ama 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 或 TTY 711 或 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 或聽障專線 711 或 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 또는 TTY 711 또는 800-735-1232 에 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다.

-

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

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 ika TTY 711 ika 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.

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 або телетайпу 711 або 800-735-1232. Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

-

Ви можете отримати допомогу від сертифікованого та кваліфікованого медичного перекладача.

Farsi

می‌توانید این نامه را به زبان‌های دیگر، درشت‌خط، بریل یا قالب ترجیحی دیگری دریافت کنید. می‌توانید مترجم شفاهی نیز درخواست کنید. این کمک رایگان است. با #CustomerService یا TTY 711 or 800-735-1232 تماس بگیرید. تماس‌های رله را می‌پذیریم.

-

می‌توانید از یک مترجم شفاهی دارای گواهی و باکفایت در زمینه بهداشت و

Swahili
Unaweza kupata herufi hii kwa lugha zingine, kwa herufi kubwa, kwa lugha ya maandishi kwa vipofu au namna yeyote unayopendelea. Unaweza pia kuomba mkalimani. Msaada huu ni wa bure. Piga #CustomerService# au TTY 711 or 800-735-1232. Tunakubali simu za kupitisha ujumbe. - Unaweza pata usaidizi kutoka kwa mkalimani wa huduma ya afya aliyeidhinishwa na aliyehitimu.

Burmese
ဤစာကို အခြားဘာသာစကားများ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးကြီး၊ မျက်မမြင်များအတွက် ဘရေးလ် သို့မဟုတ် သင်ပိုမိုနှစ်သက်သည့် ပုံစံဖြင့် ရယူနိုင်ပါသည်။ သင်သည် စကားပြန်တစ်ဦးလည်း တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ဤအကူအညီသည် အခမဲ့ဖြစ်ပါသည်။ #CustomerService# သို့မဟုတ် 711 or 800-735-1232 ကို ဖုန်းဆက်ပါ။ ထပ်ဆင့်ခေါ်ဆိုမှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံပါသည်။ - သင်သည် သင်တန်းဆင်းလက်မှတ်ရှိသည့် အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု စကားပြန်ထံမှလည်း အကူအညီရယူနိုင်ပါသည်။

Amharic
ይህንን ደብዳቤ በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትልቅ ህትመት፣ በብሬይል ወይም እርሶ በሚመርጡት መልኩ ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም አስተርጓሚ መጠየቅም ይችላሉ። ይህ ድጋፍ የሚሰጠው በነጻ ነው። ወደ #CustomerService# ወይም TTY 711 or 800-735-1232 ይደውሉ። የሪሌይ ጥሪዎችን እንቀበላለን። - ፍቃድ ካለው እና ብቃት ካለው የጤና እንክብካቤ አስተርጓሚ ድጋፍ ማግኘት ይችላሉ።
Romanian
Puteți obține această scrisoare în alte limbi, cu scris cu litere majuscule, în Braille sau într-un format preferat. De asemenea, puteți solicita un interpret. Aceste servicii de asistență sunt gratuite. Sunați la #CustomerService# sau TTY 711 or 800-735-1232. Acceptăm apeluri adaptate persoanelor surdomute. - Puteți obține ajutor din partea unui interpret de îngrijire medicală certificat și calificat.

Nuestra política de no discriminación

La discriminación es ilegal. 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
- País de origen, idioma principal y dominio del inglés
- Raza
- Religión
- Color
- Sexo, características sexuales, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales
- Embarazo o condiciones relacionadas
- Estado de salud o necesidad de servicios

Si cree que lo trataron de manera injusta por alguno de los motivos de arriba, puede presentar una queja. Esto también se llama presentar una queja formal.

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

- Teléfono: llame a nuestro coordinador de la sección 1557 o al coordinador de quejas formales al 541-269-7400 (TTY 711)
- Fax: 541-269-2052
- Correo postal: Advanced Health
  289 LaClair Street
  Coos Bay, OR 97420
- Correo electrónico: 1557Coordinator@advancedhealth.com
- Sitio web: https://advancedhealth.com/members/forms/

Puede leer nuestro proceso de quejas en https://advancedhealth.com/members/forms/.

Si tiene una discapacidad, Advanced Health tiene estos tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en letra grande, audio u otros formatos
- Otras modificaciones razonables

Si necesita ayuda con el idioma, Advanced Health tiene estos tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes calificados
- Información por escrito en otros idiomas

¿Necesita ayuda para presentar una queja? ¿Necesita ayuda con el idioma o modificaciones razonables? Llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400 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
- Sitio web: https://www.oregon.gov/OHA/EI
- Correo electrónico: 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
- Sitio web: https://www.oregon.gov/boli/civil-rights/
- Correo electrónico: 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 (Department of Health and Human Services) de los EE. UU.

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

Mantenemos la privacidad de su información

Solo compartimos su expediente con las personas que necesitan verlo. 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. Puede pedirnos una lista de las personas con las que compartimos su expediente.

Si quiere que compartamos su expediente e información con otra persona, complete el formulario de Revelación de información. Si quiere evitar que otra persona vea su expediente, use el formulario en https://advancedhealth.com/wp-content/uploads/2021/05/Release-of-Information-OHP-2017.pdf.

La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (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 Servicio al Cliente y pida nuestro Aviso de prácticas de privacidad. También puede verlo en https://advancedhealth.com/members/forms/.

Expediente médico

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

¿Qué puede hacer con el expediente médico?

- Pedir que lo envíen a otro proveedor según sea necesario.

- Pedir que se corrija.
- Obtener una copia incluyendo, entre otros:
    - Expediente médico de su proveedor
    - Expediente dental de su proveedor de atención dental
    - Expediente de Advanced Health

Es posible que se le cobre una cantidad razonable por una copia del expediente solicitado.

Puede haber ocasiones en que la ley restrinja su acceso.
Las notas de psicoterapia y los expedientes preparados para casos judiciales no se pueden compartir.

Los proveedores tampoco pueden compartir expedientes cuando, según el criterio del profesional, podría causarle un daño considerable a usted o a otra persona.

Si un proveedor le niega a usted o a su representante autorizado copias de su expediente médico, el proveedor debe darle un aviso por escrito. En el aviso se debe explicar por qué se denegó la solicitud y sus derechos de que otro proveedor revise la denegación. En el aviso también se le indicará cómo presentar una queja ante el proveedor o el secretario de salud y servicios humanos.

Qué incluye este manual

Actualizaciones del Manual 2

Cómo empezar 2

CONSEJOS ÚTILES 2

Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos 3

Puede obtener información en otro idioma o formato. 4

Puede tener un intérprete. 5

Nuestra política de no discriminación 12

Mantenemos la privacidad de su información 13

Expediente médico 13

Qué incluye este manual 15

Bienvenido a Advanced Health 19

Cómo el OHP y Advanced Health trabajan juntos 19

Comuníquese con nosotros 21

Números de teléfono importantes 22

Comuníquese con el Oregon Health Plan 23

Sus derechos y responsabilidades 23

Sus derechos como miembro del OHP 24

Sus responsabilidades como miembro del OHP 26

Miembros que son indios americanos y nativos de Alaska 28

Nuevos miembros que necesitan servicios de inmediato 28

Proveedores de atención primaria (PCP) 29

Proveedores dentro de la red 30

Directorio de proveedores 30

Pida una cita 30

Faltas a citas 31

Cómo cambiar su PCP 31

Cambios en los proveedores de Advanced Health 31

Segundas opiniones 31

Encuesta sobre su salud 32

Miembros embarazadas 33

La prevención de problemas médicos es importante 33

Obtenga ayuda para organizar su atención con la Coordinación de la atención 34

Sus beneficios 36

Cómo decide Oregón lo que cubrirá el OHP 36

Acceso directo 36

No se necesita remisión ni aprobación previa 37

Cómo obtener una aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”) 37

No se exige una aprobación previa para estos servicios *38*
Remisiones de proveedores y sin remisión *38*
Servicios que necesitan una remisión *39*
Servicios a los que puede ir sin remisión: *39*
Íconos de los cuadros de beneficios *40*
Beneficios para la salud física *40*
Beneficios para la salud conductual *51*
Beneficios dentales *53*
Veteranos y miembros del programa dental del Pacto de Libre Asociación (COFA) *58*
OHP Bridge para adultos con mayores ingresos *58*
Necesidades sociales relacionadas con la salud *59*
Servicios que paga el OHP *60*
Objeciones morales o religiosas *61*

Acceso a la atención que necesita 61

Cuánto tiempo hay que esperar para recibir atención *64*

Beneficios integrales y de prevención para miembros menores de 21 años 65

Los servicios de EPSDT cubren: *65*
Ayuda para obtener servicios de EPSDT *66*
Pruebas de detección *67*
Remisión, diagnóstico y tratamiento de EPSDT *67*

Trabajadores de la salud tradicionales (THW) 68

Información de contacto del intermediario de THW: *69*

Servicios adicionales 69

Servicios relacionados con la salud *69*

Transporte gratuito para recibir atención 72

Programe un viaje *73*
Qué puede esperar cuando llame *73*
Recogida y regreso *74*
Usted tiene derechos y responsabilidades como pasajero *74*
Cancelar o cambiar el transporte *75*
Cuando falta *75*
Guía del pasajero *76*

Cómo recibir atención por video o teléfono 76

Cómo encontrar proveedores de telesalud *76*
Cuándo puede usar telesalud *77*
Las visitas de telesalud son privadas *78*
Tiene derecho a: *78*

Medicamentos con receta 78

Medicamentos con receta cubiertos *79*
Cómo pedir a Advanced Health que cubra las recetas *79*
Farmacia de pedido por correo *79*
El OHP paga los medicamentos para la salud conductual *80*
Cobertura de recetas para miembros con Medicare *80*

Cómo obtener recetas antes de un viaje 80
Hospitales 80
Atención de urgencia 82
Atención física de urgencia 82
Centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa en la zona de Advanced Health: 82
Atención dental de urgencia 83
Atención de emergencia 83
Emergencias físicas 84
Emergencias dentales 84
Crisis y emergencias de salud conductual 85
Prevención del suicidio 86
Atención de seguimiento después de una emergencia 87
Atención fuera de casa 88
Atención planificada fuera del estado 88
Atención de emergencia fuera de casa 88
Facturas por servicios 89
Los miembros del OHP no pagan facturas por los servicios cubiertos 89
Si su proveedor le envía una factura, no la pague 89
Puede haber servicios que tenga que pagar 89
Es posible que se le pida firmar un formulario de Acuerdo de pago 91
Facturas por atención de emergencia fuera de casa o del estado 92
Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas 92
Miembros con OHP y Medicare 94
Cambio de CCO y transición de la atención 94
Tiene derecho a cambiar de CCO o a dejar una CCO 94
Cómo cambiar o dejar su CCO 96
Advanced Health puede pedirle que se dé de baja por algunos motivos 97
Atención mientras cambia o deja una CCO 98
Cuando necesita recibir la misma atención mientras cambia de plan 98
Decisiones sobre el fin de la vida 99
Directivas anticipadas 99
¿Cuál es la diferencia entre POLST y directivas anticipadas? 101
Declaración para el tratamiento de la salud mental 102
Denuncias de fraude, despilfarro y abuso 103
Cómo reportar fraudes, despilfarro y abuso 104
Quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias imparciales 105
Puede presentar una queja 105
Puede pedirnos que cambiemos una decisión que tomamos. Esto se llama apelación. 107
Obtenga más información sobre los pasos necesarios para pedir una apelación o una audiencia: 108

Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias 110
Palabras que debe conocer 112

¡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 atención y cómo puede aprovechar al máximo sus beneficios.

Cómo el OHP y Advanced Health trabajan juntos

El Oregon Health Plan (Plan de Salud de Oregón, OHP) es una cobertura de atención médica gratuita para los habitantes de Oregón. El OHP es el programa de Medicaid de Oregón. Cubre servicios de atención médica física, dental, social y conductual. El OHP también ayuda con las recetas y el transporte para recibir atención.

El 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.

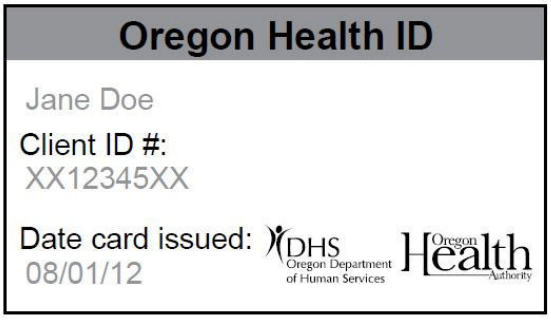
Trabajamos con otras organizaciones para ayudar a administrar algunos de sus beneficios, como servicios dentales y transporte para recibir atención. Para obtener una lista completa de estas organizaciones y servicios, consulte la sección “Comuníquese con nosotros”.

Las CCO organizan y pagan su atención médica. Pagamos a los médicos o proveedores de diferentes maneras para mejorar la atención que recibe. Así nos aseguramos 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 cómo obtiene beneficios. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400. Cuando pida esa información, se la enviaremos en un plazo de 5 días hábiles.

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 las secciones “Sus beneficios” y “Servicios adicionales”.

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 será como esta:



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

Su tarjeta de identificación de Advanced Health será como esta:

Asegúrese de llevar esta tarjeta a sus citas médicas, dentales y de salud mental.

Si necesita un reemplazo o desea un formato diferente, llame a Servicios para Miembros de Advanced Health al 541-269-7400.

Member Name:	
Member ID#:	
Plan Type:	
Primary Care Provider:	

Advanced Health Member Services:
Toll Free: 1-800-264-0014 or 541-269-7400
TTY: 711 or 800-735-1232
www.advancedhealth.com

Parte de atrás de la tarjeta

Important Phone Numbers:

- Physical, Behavioral Health & Vision – Advanced Health: **800-264-0014** or **541-269-7400**
- Pharmacy (PCN# 38900, BIN# 003585 MedImpact Help Desk: **800-788-2949**
- Transportation – Bay Cities Brokerage: **877-324-8109**
- Dental Coverage – Advantage Dental: **866-268-9631**
- Substance Use – Adapt: **800-866-9780**
- Language Access - Advanced Health: **541-269-7400**
- Emergency **911**

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 de CCO: Use su tarjeta de identificación y la tabla de abajo para saber qué tipo de atención tiene cobertura para usted.

CCO o OHP: ¿Quién organiza y paga su atención?			
Tipo de cobertura	**Salud física**	**Salud dental**	**Salud conductual**
CCO-A	Advanced Health	Advanced Health	Advanced Health
CCO-B	Advanced Health	OHP	Advanced Health
CCO-E	OHP	OHP	Advanced Health
CCO-F*	No está cubierto	Advanced Health	No está cubierto
CCO-G	OHP	Advanced Health	Advanced Health
Open Card**	OHP	OHP	OHP

* CCO-F solo cubre atención médica dental, a menos que tenga CCO-F y Open Card para salud física y conductual.
**Open Card también se denomina pago por servicio.

Obtenga más información sobre cómo organizar su atención en la sección “Coordinación de la atención” o vea qué tipo de beneficios tienen cobertura en la sección “Sus beneficios”.

Comuníquese con nosotros

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

Cerrado en Año Nuevo (01/01/2025), Día de Martin Luther King Jr (01/20/25), Día del Presidente (02/17/25), Día de los Caídos (05/27/2025), Día de la Independencia (07/04/2025), Día del Trabajo (09/01/2025), Día de Acción de Gracias (11/27/2025), viernes después del Día de Acción de Gracias (11/28/2025) y Navidad (12/25/2025).

Si la oficina de Advanced Health cierra por una emergencia, publicaremos un aviso en nuestro sitio web en https://advancedhealth.com/.

Nuestra oficina está en: Advanced Health
289 LaClair Street
Coos Bay, OR 97420
Línea principal: 541-269-7400, TTY 711 o 800-735-1232
Llame gratis al: 1-800-264-0014, o para acceso en otros idiomas al 541-269-7400
Fax: 541-269-2052
En línea: https://AdvancedHealth.com

Dirección postal:

Advanced Health
289 LaClair Street
Coos Bay, Oregon 97420

Advanced Health le da beneficios de salud física, conductual y de la vista. Advantage Dental le da sus beneficios dentales. Bay Cities Brokerage le da sus beneficios de transporte.

Números de teléfono importantes

- Beneficios y atención médica
  Servicio al Cliente de Advanced Health 541-269-7400. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
  Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
  Obtenga más información en la sección “Beneficios de salud física”.
- Beneficios de farmacia
  Servicio al Cliente de Farmacia de Advanced Health 541-269-7400. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
  Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
  Obtenga más información en la sección “Medicamentos con receta”.
- Beneficios y atención para el tratamiento de salud conductual, dependencia a las drogas, alcohol o trastornos por consumo de sustancias.
  Servicio al Cliente de Advanced Health: 541-269-7400. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
  Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
  Obtenga más información en la sección “Beneficios para la salud conductual”
- Beneficios y atención dental
  Llame al Servicio al Cliente de Advantage Dental al 866-268-9631. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
  Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
  Obtenga más información en la sección “Beneficios dentales”.
- Beneficios y atención de la vista
  Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
  Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
  Obtenga más información en la sección “Beneficios para la salud física”.
- Transporte gratuito para recibir atención física, dental o de salud conductual
  Bay Cities Brokerage. Puede obtener transporte gratuito para consultas de atención física, dental y de salud conductual. Llame al 877-324-8109 para programar el transporte. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
  Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Cerrado en Año Nuevo (01/01/2025), Acción de Gracias (11/27/2025), Día del Trabajo (09/01/2025), Día de la Independencia (07/04/2025) y Navidad (12/25/2025)
  Obtenga más información en la sección “Transporte para recibir atención”.

Comuníquese con el Oregon Health Plan

El Servicio al Cliente del OHP puede ayudarlo a:

- Cambiar la dirección, número de teléfono, estado del grupo familiar u otra información del caso
- 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 el Servicio al Cliente del OHP:

- Teléfono: 800-699-9075 línea gratuita (TTY 711)
- Sitio web: www.OHP.Oregon.gov
- Correo electrónico: use el sitio de correo electrónico seguro en https://secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt para enviar un correo electrónico al OHP.
    - Si tiene preguntas o cambios sobre su caso del OHP, envíe un correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.
    - Si tiene preguntas sobre las CCO o sobre cómo usar su seguro médico, envíe un correo electrónico a Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov.
    - Dígale OHP 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 listados aquí, llame al Servicio al Cliente al 541-269-7400.

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 105. También puede llamar a un defensor de los derechos del paciente 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.

Hay ocasiones en que los menores de 18 años quieren o necesitan obtener servicios de atención médica por su cuenta. Los menores mayores de 15 años pueden recibir atención médica y dental sin el consentimiento de sus padres. 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 de cualquier sexo pueden obtener por su cuenta y cómo se puede compartir el expediente médico. Puede leerlo en www.OHP.Oregon.gov. Haga clic en “Minor rights and access to care” (Derechos de los menores y acceso a la atención). O visite: https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf

Sus derechos como miembro del OHP

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 manejar 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.

Tiene derecho a recibir esta información

- Material explicado de una manera y en un idioma que pueda entender. (Vea las páginas 5-11)
- Material, como este manual, sobre las CCO y cómo usar el sistema de atención médica.
- Material escrito sobre sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo obtener servicios y qué hacer en una emergencia.
- Información sobre su condición, tratamientos y 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 13) Puede:
  - Tener acceso a su expediente médico.
  - Compartir su expediente médico con un proveedor.
- Que le envíen 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 31)
- Que le avisen a tiempo si se cancela una cita.

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 78).
- 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 4). 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, totalmente capacitado en las políticas y procedimientos de la CCO.
- Servicios de prevención cubiertos. (Vea la página 33).
- Servicios de urgencia y emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana sin aprobación ni permiso. (Vea las páginas 82-83)
- Remisiones a proveedores especializados para los servicios coordinados cubiertos necesarios según su salud. (Vea la página 37).
- Apoyo adicional de un defensor de los derechos del paciente de OHP (vea la página 105).

Tiene derecho a hacer estas cosas

- Elegir sus proveedores y a cambiar esas opciones que eligió. (Vea la página 31)
- Obtener una segunda opinión. (Vea la página 31)
- Pedirle a un amigo, familiar o ayudante que lo acompañe a las citas.
- Participar activamente en la preparación de 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 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, listados en el ORS 127. (Vea la página 99)
- Presentar una queja o pedir una apelación. Obtener una respuesta de Advanced Health cuando lo haga. (Vea la página 105)
    - Pedirle al estado una revisión si no está de acuerdo con la decisión de Advanced Health. Esto se llama 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.

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 al OHP

Si tiene el OHP, debe informar de ciertos cambios sobre usted y su grupo familiar. En su carta de aprobación del OHP, se le indica la información que debe dar y cuándo debe hacerlo.

Puede informar de los cambios de una de estas maneras:

- Use su cuenta en línea ONE en One.Oregon.gov para informar de los cambios en línea.
- Visite cualquier oficina del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services) de Oregón en Oregón. Puede encontrar una lista de las oficinas en https://www.oregon.gov/odhs/Pages/office-finder.aspx
- Comuníquese con un socio local de la comunidad autorizado por el OHP. Puede encontrar un socio de la comunidad en: https://healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx
- Llame a Servicio al Cliente del OHP de lunes a viernes al 800-699-9075.
- Por fax al 503-378-5628
- Por correo a ONE Customer Service Center, PO Box 14015, Salem, OR 97309.

Hay otros derechos y responsabilidades que tiene como miembro del OHP. El OHP se los dio cuando usted presentó su solicitud. Puede encontrar una copia en https://www.oregon.gov/odhs/benefits/pages/default.aspx, en el enlace “Derechos y responsabilidades”.

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 estar 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 participar 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 sobre 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 deba firmar un formulario llamado Revelación de información.
- 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 atención. Pueden usar proveedores de atención primaria y otros proveedores que no sean parte de nuestra CCO, como:

- Centros de bienestar tribal
- Clínicas de Indian Health Services (IHS). Encuentre una clínica en https://ihs.gov/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.naranorthwest.org

Puede usar otras clínicas que no estén en nuestra red. Obtenga más información sobre las remisiones y las aprobaciones previas en (página 37).

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 su atención. Obtenga más información sobre cómo darse de baja o cambiar su CCO en la página 94-96.

Si quiere que Advanced Health sepa que es indio americano o nativo de Alaska, comuníquese con el Servicio al Cliente del OHP al 800-699-9075 (TTY 711) o inicie sesión en su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov para informarlo.

Se le puede asignar un estado de tribu calificado si cumple alguna de las siguientes condiciones. Estas preguntas también se hacen en la solicitud del OHP:

- Es miembro inscrito de una tribu reconocida a nivel federal o accionista de una corporación regional nativa de Alaska.
- Recibe servicios de Indian Health Services, Tribal Health Clinics o Urban Indian Clinics.
- Tiene un padre/madre o abuelo que es miembro inscrito de una tribu reconocida federalmente o accionista de una corporación o aldea regional nativa de Alaska.

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:

- Mientras espera una cita, puede llamar a Coordinación de la atención al 541-269-7400. Ellos pueden ayudarlo a obtener la atención que necesita. Coordinación de la atención también puede ayudar con Medicare a los miembros de OHP. (Consulte la sección “Coordinación de la atención” para obtener más información)

    - Si es un miembro nuevo de Medicare, consulte la sección “Miembros con OHP y Medicare” para obtener más información.
- Pida una cita con su PCP apenas pueda. Puede encontrar el nombre y número en su tarjeta de identificación de Advanced Health.
- Llame al Servicio al Cliente al 541-269-7400 si tiene preguntas y quiere conocer sus beneficios. Ellos pueden ayudarlo con lo que necesite.

Proveedores de atención primaria (PCP)

Un proveedor de atención primaria es a quien verá para las visitas regulares, las recetas y la atención. Puede elegirlo usted o nosotros podemos ayudarlo a elegir.

Los proveedores de atención primaria (PCP) pueden ser médicos, enfermeros de práctica avanzada y más. Tiene derecho a elegir un PCP de la red de Advanced Health. Si no elige un proveedor en un plazo de 90 días a partir de que haya empezado a ser miembro, Advanced Health lo asignará a una clínica o elegirá un PCP por usted. Advanced Health informará a su PCP de la asignación y a usted le enviará una carta con la información de su proveedor.

Puede visitar el sitio web de Advanced Health para usar la herramienta “Buscar un proveedor” y elegir uno. Puede llamar al Servicio al Cliente de Advanced Health para que lo ayuden a elegir un proveedor. Si tiene preguntas sobre su proveedor actual, puede llamar al Servicio al Cliente de Advanced Health. Actualizaremos este proveedor en su archivo de miembro.

Su PCP trabajará con usted para ayudarlo a estar lo más sano posible. Él 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.

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

Su PCD es importante porque:

- Es su primer contacto cuando necesita atención dental.
- Maneja sus servicios y tratamientos médicos dentales.

- Organiza su atención especializada.

Llame al Servicio al Cliente de Advantage Dental al 866-268-9631 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. Podrá empezar a ver a sus nuevos proveedores el día en que se haga este cambio.

Proveedores 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 atenderse con proveedores fuera de la red si fuera necesario, pero deben trabajar con el Oregon Health Plan.

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

- Está cambiando de CCO o de pago por servicio del OHP a una CCO (vea la página 97).
- Es indio americano o nativo de Alaska (vea la página 28).

Directorio de proveedores

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

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

- Si un proveedor acepta 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

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

Pedir una cita

Puede pedir una cita con su proveedor apenas lo haya elegido.

Cuando necesite atención, la 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 pedir una cita.

Si es la primera vez que verá a su PCP, pida 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 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 habla.

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

Puede obtener transporte gratuito para su cita. Obtenga más información sobre el transporte gratuito para recibir atención en la página 22.

Faltas a citas

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

Cada proveedor tiene sus normas sobre las faltas a citas. Pregúntele cuáles son las de él.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Llame al Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400. Díganos si quiere consultar a un proveedor de atención primaria diferente al que se lista en su carta de PCP. Recibirá esta carta cuando elija un PCP. Actualizaremos este proveedor en su archivo de miembro.

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 del cambio. Si ya se hizo ese cambio, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días a partir del cambio.

Segundas opiniones

Tiene derecho a obtener una segunda opinión sobre su condición o tratamiento. Las segundas opiniones son gratuitas. Si quiere una segunda opinión, llame a Servicio al Cliente de Advanced Health y díganos que quiere ver a 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 inscribirse y si tiene un cambio relacionado con su salud, Advanced Health puede enviarle una encuesta sobre su salud. Esta encuesta se llama Evaluación de riesgos médicos.

Puede completar la encuesta en su carpeta de bienvenida. Es posible que un coordinador de la atención lo llame. Puede llamar al Servicio al Cliente para completarla por teléfono. Puede encontrar la Evaluación de riesgos de salud de Advanced Health en línea en https://advancedhealth.com/members/forms/ o llamar al 541-269-7400 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 de salud, 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 dental 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 tiene 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 de 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, o antes si es necesario. Si quiere que le enviemos una encuesta, puede llamar al Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400 y le enviaremos una.

Su encuesta se compartirá con su médico u otros proveedores para reducir la cantidad de veces que le hacen estas preguntas. Compartir su encuesta también ayuda a coordinar su atención y servicios.

Miembros que están embarazadas

Si está embarazada, el 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. Cubriremos los beneficios posteriores al embarazo durante un año completo, independientemente de cómo este termine.

Esto es lo que debe hacer cuando se entere de que está embarazada:

- ☐ **Avise al OHP de que está embarazada apenas lo sepa.** Llame al 800-699-9075 (TTY 711) o inicie sesión en su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov.
- ☐ **Avise al OHP de 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**
- ☐ **Opciones de atención durante el embarazo** [inserte enlaces e información sobre comadronas y parteras de THW en la región, los idiomas que hablan y dé información de contacto del representante de comadronas]

Después de que su embarazo termine:

- ☐ **Llame al OHP o pídale al personal del hospital que envíe un aviso de recién nacido al OHP.** El OHP dará cobertura a su bebé desde el nacimiento. Su bebé también tendrá Advanced Health.

La prevención de problemas médicos 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
- Chequeos y limpiezas dentales
- Mamografías (radiografías de mama)
- Prueba de Papanicolaou
- Atención en el embarazo y del recién nacido
- Exámenes de bienestar
- Exámenes de próstata
- Chequeos anuales

- Exámenes de niño sano

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

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

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

Advanced Health puede ayudarlo a organizar su 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 atención de salud física, dental, conductual y social, donde y cuando la necesite.

Puede obtener 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, sus proveedores o una persona que lo represente pueden preguntar sobre la coordinación de la atención por cualquier motivo, especialmente si tiene una necesidad reciente de atención o si no se cubren sus necesidades. Puede llamar al número que aparece abajo o visitar https://AdvancedHealth.com para obtener más información sobre la coordinación de la atención.

El objetivo de la coordinación de la atención es mejorar su salud general.

Advanced Health debe establecer procesos que nos ayuden a averiguar sus necesidades de atención médica. Lo ayudaremos a que se ocupe de su salud y bienestar.

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 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 identificar personas en su vida o comunidad que puedan ser de apoyo.
- 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 la transición de su atención cuando sea necesario.
- Lo ayudará a obtener la atención de proveedores especializados.
- Lo ayudará a asegurarse de que sus proveedores 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

Trabajamos juntos para su atención

Su equipo de coordinación de la atención trabajará estrechamente con usted. Este equipo tendrá diferentes personas que trabajarán juntas para cubrir sus necesidades, como proveedores, especialistas y programas de la comunidad con los que trabaja. El equipo lo conectará con los recursos de la comunidad y de apoyo social que puedan ayudarlo. 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.

Es posible que necesite un plan de atención

Usted y su equipo de atención decidirán si necesita un plan de atención. Este plan ayudará a cubrir sus necesidades y se crea con usted, su equipo de atención y sus proveedores. 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 actualizará al menos anualmente a medida que cambien sus necesidades o si pide una revisión y actualización. Usted, su representante y sus proveedores recibirán una copia de su plan de atención.

Usted, un representante o proveedor autorizado puede pedir una copia de su plan de atención o que le preparen uno llamando al Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400 o enviándonos un correo electrónico a CustomerService@Advancedhealth.com.

Horarios de coordinación de la atención e información de contacto

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

- Llame al Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400 si hay un cambio en su salud, sus necesidades o las personas con las que está trabajando para que Advanced Health pueda ayudarlo a coordinar su atención.
- Llame al Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400 para obtener más información sobre la coordinación de la atención.
- Advanced Health le enviará una carta para decirle qué persona, de su equipo de coordinación de la atención, es el principal responsable de coordinar su atención y servicios.

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 para cada cultura.

Sus beneficios

Cómo decide Oregón lo que cubrirá el OHP

Hay muchos servicios disponibles para usted como miembro del OHP. La decisión de Oregón sobre qué servicios pagar se basa en la **Lista de prioridades 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 regulares 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 se encarga de nombrarlos.

La lista tiene combinaciones de todas las condiciones y sus tratamientos. 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:
El OHP no cubre todos los pares de condiciones ni 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, según sus necesidades individuales y su historia médica. Esto incluye lo que está “abajo de la línea” en la Lista de prioridades y los servicios que no están en la Lista de prioridades, como el equipo médico duradero. Vea la página 72 para obtener más información sobre la cobertura para miembros menores de 21 años.

Obtenga más información sobre la Lista de prioridades en:
https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/prioritized-list.aspx

Acceso directo

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

- **Servicios de emergencia** (disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana) Para salud física, dental o conductual
- **Servicios de atención de urgencia** (disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana) Para salud física, dental o conductual
- **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 pares**
  De un proveedor dentro de la red

Consulte las tablas de beneficios en las páginas 40-58 para obtener más información.

Cómo obtener una aprobación previa (a veces denominada “autorización previa”)

Algunos servicios, como las operaciones y los servicios de paciente ingresado, 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 y puede enviarnos información para ayudarlo a obtener el servicio. Aunque el proveedor no está obligado a enviarnos la información, es posible que Advanced Health necesite revisar su caso por motivos médicos.

Es importante que sepa que esas decisiones se basan únicamente en si la atención o el servicio es adecuado para usted y si 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 el Servicio al Cliente de Advanced Health llamando al 541-269-7400 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 apenas sea necesario por su condición médica. La mayoría de las decisiones de servicios se toma en un plazo de 14 días. A veces una decisión puede tardar hasta 28 días. Eso 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 más rápida llamada “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 105 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, eso puede tardar 72 horas.

Vea la página 78 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 83 para obtener información sobre los servicios de emergencia.

No se exige una aprobación previa para estos servicios

- **Servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios o servicios prestados por pares (en la red)**
- **Servicios de evaluación de salud conductual**
- **Tratamiento asistido con medicamentos para trastornos por consumo de sustancias** (primeros 30 días)
- **Tratamiento asertivo de la comunidad (ACT) y servicios integrales** (se exige una evaluación)

Consulte las tablas de beneficios en las páginas 40-58 para obtener más información.

Remisiones de proveedores y sin remisión.

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

Por ejemplo: si su PCP no puede prestarle los servicios que necesita, puede remitirlo 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 coordinar con el equipo de Coordinación de la atención para buscar que lo atiendan fuera de la red. Para consultar a un proveedor fuera de la red, este debe trabajar con el Oregon Health Plan. No hay ningún costo adicional si esto sucede.

Muchas veces su PCP puede prestarle los servicios que necesita. Si cree que puede necesitar una remisión a un especialista de atención médica, pregúntele a su PCP. No necesita una remisión si tiene una emergencia.

Servicios que necesitan remisión

- **Tratamiento asistido con 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.
- **Servicios integrales**
- **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 orales
  - Prótesis dentales parciales o completas
  - Extracciones
  - Tratamiento de conducto

Consulte las tablas de beneficios en las páginas 40-53 para obtener más información.

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

Sin **remisión** significa que puede buscar en el directorio de proveedores el tipo de proveedor que quisiera ver. Puede llamar a ese proveedor para programar una visita sin una remisión. Obtenga más información sobre el Directorio de proveedores en la página 30.

Servicios a los que puede ir sin remisión:

- Visitas a su PCP
- Atención por infecciones de transmisión sexual (STI)
- Vacunas
- Servicios de trabajadores médicos tradicionales
- Servicios de la vista de rutina de proveedores de la red
- Servicios dentales de proveedores de la red
- Servicios de planificación familiar (incluyendo fuera de la red)
- Servicios de salud mental por problemas con alcohol u otras drogas
- Tratamiento asertivo de la comunidad
- Servicios de salud conductual (en la red)

Consulte las tablas de beneficios en las páginas 41-57 para obtener más información.

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 aprobación previa para recibir un servicio.

Íconos de los cuadros de beneficios		
 Servicios que necesitan aprobación previa Algunos servicios necesitan aprobación antes de recibirlos. Su proveedor debe hablar con la CCO para obtener la aprobación. Eso se conoce como aprobación previa.	 **Servicios que necesitan remisión** Una remisión es una orden por escrito de su proveedor donde se indica la necesidad de un servicio. Debe pedirla al proveedor.	 **No se necesita remisión ni aprobación previa.** No necesita remisión ni aprobación previa para algunos servicios. Eso se llama acceso directo.

Beneficios para la salud física

Abajo hay una lista de los beneficios médicos disponibles para usted sin ningún costo. Vea la columna “Servicio” para saber cuántas veces puede recibir cada servicio gratis. 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 ve un * en el cuadro de beneficios, 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.

Para obtener un resumen de los beneficios y la cobertura del OHP, visite OHP.Oregon.gov/Benefits. Puede obtener una copia impresa o electrónica del resumen llamando al 800-273-0057.

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Servicios de coordinación de la atención Con los servicios de coordinación de la atención se pueden organizar las actividades de la atención, ayudarlo con condiciones crónicas y reunir a su equipo de atención. Ejemplo: administración de casos	 No se necesita	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Sin límites para la atención. Consulte la sección “Obtenga ayuda para organizar su atención” para obtener más información.	remisión ni aprobación previa	
Servicios de cuidados paliativos y de hospicio Atención al final de la vida, como ayuda para manejar los síntomas y el dolor. Ejemplo: atención de hospicio Los servicios de cuidados paliativos están cubiertos para los pacientes con una enfermedad potencialmente mortal o progresiva grave. Es para disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida. La cobertura está basada en las directrices del OHP. Deben cumplirse ciertas cosas para recibir los servicios.	 Algunos servicios necesitan aprobación; comuníquese con el Servicio al Cliente	Todos los miembros
Servicios de diagnóstico Pruebas, exámenes o procedimientos para identificar una condición o lesión. Ejemplos: análisis de sangre o biopsia No hay límite si son médicamente necesarios.	 Para algunos servicios se exige autorización previa; llame al Servicio al Cliente.	Todos los miembros
Equipo médico duradero Suministros y equipos que no se desgastan. Ejemplos: andadores o suministros para personas con diabetes La cobertura está basada en las Directrices del OHP y las OAR de DME. Puede haber limitaciones en la cantidad que puede obtener.	 Algunos equipos necesitan aprobación previa. Comuníquese con el Servicio al Cliente	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) Atención, pruebas de detección y evaluaciones del desarrollo de la salud física y mental de miembros menores de 21 años. Ejemplo: visitas de bienestar y prueba de envenenamiento por plomo. Eso incluye cobertura para todos los servicios médicamente necesarios y médicamente adecuados para miembros menores de 21 años. Sin límite.	 No se necesita remisión ni aprobación previa para la atención de niño sano, pruebas de detección y algunas evaluaciones. Es posible que se necesiten remisiones o aprobación previa para otros servicios.	Miembros de 0-20 años
Operaciones/procedimientos voluntarios Operaciones y procedimientos que no son médicamente necesarios o que no se deben a una emergencia. Ejemplo: extirpación de cálculos en los riñones Este es un servicio cubierto según las directrices del OHP y las condiciones médicas.	 Se necesita aprobación previa	Todos los miembros
Transporte médico de emergencia Traslado al hospital por una emergencia. Ejemplo: traslado en ambulancia. Cubrimos un traslado al hospital en ambulancia. Los servicios están cubiertos cuando es una emergencia médica. Un ejemplo sería si se cae y se quiebra la pierna. Pagaremos el viaje al hospital en ambulancia.	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Servicios de emergencia Atención médica inmediata para emergencias. Ejemplo: atención si tiene problemas para respirar. Comuníquese con el Servicio al Cliente de Advanced Health si recibe una factura por servicios de emergencia.	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Todos los miembros
Servicios de planificación familiar Atención que la ayudará a planificar el momento y la cantidad de hijos que tendrá. Ejemplo: píldoras anticonceptivas o exámenes anuales. • Proveedor de atención médica de la mujer, PCP u otros proveedores para servicios de atención médica de rutina y preventivos. • Aprender y hablar con alguien sobre anticonceptivos. No se necesita remisión ni aprobación. Tiene acceso directo a esos servicios. Para algunos servicios se exige que tenga una orden de su PCP o de un especialista. No hay límites cuando ve a un proveedor que acepte su tarjeta de identificación para esos servicios y que sean médicamente necesarios. • Obtener suministros como parches, píldoras anticonceptivas y otros dispositivos para evitar el embarazo. • También está cubierto el anticonceptivo de emergencia llamado píldora del “día después”. • Esterilización (ligadura de trompas y vasectomías) cuando lo hace un proveedor de la red. • Servicios de radiología (diagnóstico por imágenes) • Pruebas de laboratorio	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Los servicios relacionados que también están cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou • Prueba de embarazo • Evaluación y orientación por enfermedades de transmisión sexual (STD), incluyendo sida y VIH. • Abortos: Cubierto directamente por el OHP (comuníquese con la OHA visitando https://www.oregon.gov/oha/PH/HEALTHYPEOPLEFAMILIES/REPRODUCTIVESEXUALHEALTH/OREGONCONTRACEPTIVECARE/Pages/index.aspx		
Atención para confirmación de género Atención para ayudar a apoyar y confirmar la identidad de género. Ejemplo: tratamiento hormonal La cobertura está basada en las directrices del OHP. Deben cumplirse ciertos requisitos para recibir los servicios.	 **Se necesita aprobación previa**	Todos los miembros
Servicios de audición* Estos servicios incluyen evaluaciones de la audición o ayuda para que oiga mejor. Ejemplos: audiología o audífonos En un período de 12 meses, es elegible para: • Una prueba de audición básica • Una prueba de audición integral • Una evaluación y selección de audífonos • Una evaluación electroacústica para audífonos: para uno o ambos oídos • Una prueba de audición de tono puro (umbral); conducción aérea y ósea	 Es posible que se exija aprobación previa. Se exige aprobación previa para los audífonos	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Servicios médicos en casa Atención en casa, que suele darse durante una enfermedad o después de una lesión. Ejemplo: fisioterapia La cobertura está basada en las Normas administrativas de Oregón. Puede haber limitaciones según su plan de tratamiento y necesidad médica.	 Se necesita aprobación previa	Todos los miembros
Vacunas y vacunas para viajar Inyecciones y vacunas para ayudarlo a estar sano. Ejemplo: vacuna de la gripe Las vacunas están cubiertas según las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación.	 Algunas vacunas pueden necesitar aprobación previa.	Todos los miembros
Servicios de hospital para pacientes ingresados Atención que recibe durante su estancia en el hospital. Ejemplo: operación Algunos servicios para el tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta se deben aprobar con antelación.	 Se necesita aprobación previa	Todos los miembros
Servicios de interpretación Una persona que lo ayude en su idioma o en lenguaje de señas. Estos servicios están disponibles sin costo. Están disponibles para necesidades físicas, orales, conductuales y sociales. Llame a Servicios para Miembros para programarlos.	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Servicios de laboratorio, radiografías y otros procedimientos Estas son pruebas que su proveedor podría usar para monitorear su salud. Ejemplos: prueba de orina o radiografía No hay límite si son médicamente necesarios. Para algunos servicios se exige autorización previa; llame al Servicio al Cliente.	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Todos los miembros
Servicios de maternidad Atención que recibe antes, durante y después del embarazo. Ejemplo: consulta prenatal La atención prenatal de rutina y el parto no tiene límites.	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Miembros embarazadas
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios Atención en el hospital que puede recibir sin pasar la noche. Ejemplos: quimioterapia, radiación o manejo del dolor La cobertura está basada en las Directrices del OHP y puede haber limitaciones según su necesidad médica.	 Se exige aprobación previa	Todos los miembros
Cuidados paliativos Atención a miembros con enfermedades graves, que puede incluir servicios como coordinación de la atención, servicios de salud mental, servicios de trabajo social, servicios de atención espiritual, manejo del dolor y los síntomas y ayuda telefónica de la clínica las 24 horas. Debe cumplir ciertos criterios.	 Se necesita remisión	Miembros con una enfermedad grave y un pronóstico que limita su vida.

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Servicios farmacéuticos (medicamentos con receta) Medicamentos que debe tomar para ayudarlo a estar sano o mejorar su salud. Ejemplo: medicamentos para la presión Algunos medicamentos pueden tener limitaciones en la cantidad o se puede exigir autorización previa. Si no está seguro de si su medicamento está en nuestra lista, llame al Departamento de Servicio al Cliente (Customer Service Department).	Se necesita receta	Todos los miembros
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla Las terapias se centran en mejorar su capacidad para mover el cuerpo o hacer actividades diarias. Ejemplo: ejercicios para mejorar el equilibrio después de una caída. La fisioterapia/terapia ocupacional se debe aprobar con antelación. No se exige aprobación previa para 30 visitas anuales de terapia tradicional. Las visitas adicionales pueden aprobarse si es médicamente apropiado. Para la atención alternativa como acupuntura y masaje se exige aprobación previa. Las lesiones de médula espinal, las lesiones cerebrales traumáticas o los derrames cerebrales no están sujetos a las limitaciones de visitas durante el primer año después de una lesión aguda.	 Se puede exigir aprobación previa para algunos servicios	Todos los miembros
Servicios de prevención Atención y pruebas de detección habituales para que usted y su familia estén sanos. Algunos ejemplos son: exámenes físicos, vacunas, pruebas de detección (cáncer, etc.), prevención de diabetes, consejería nutricional, servicios para dejar de fumar, etc. Las evaluaciones adicionales están cubiertas si son médicamente necesarias.	 Se puede exigir aprobación previa para algunos servicios	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
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 se lo considere de alto riesgo (entonces está cubierto según la recomendación de su médico). Exámenes pélvico y clínico de mama: un examen cada 12 meses (para mujeres)		
Consultas con el proveedor de atención primaria Consultas con su médico para chequeos, pruebas de detección y atención que no sea de urgencia. Ejemplo: examen anual Las visitas en el consultorio no tienen límite. Algunos procedimientos/tratamientos deben aprobarse con antelación.	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Todos los miembros
Transporte para recibir atención. También llamados servicios de transporte médico no urgente (NEMT) Traslados gratuitos para recibir atención médica u otra ayuda de transporte, como pasajes de autobús y pago por kilometraje. Los traslados se limitan a las citas cubiertas. Se puede solicitar transporte urgente no médico mediante Flex Funds.	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Todos los miembros
Exámenes por abuso sexual El examen después del abuso sexual puede incluir recopilar pruebas y hacer análisis. Sin límites.	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Servicios de especialistas Atención de un proveedor especialmente capacitado para atender una parte determinada del cuerpo o un tipo de enfermedad. Ejemplo: cardiólogo (especialista del corazón) La cobertura está basada en las Directrices del OHP. Puede haber limitaciones según la necesidad médica. Para servicios de la red, no se necesita remisión ni aprobación previa. Para las remisiones fuera de la red se necesita aprobación. No se necesita aprobación previa para las segundas opiniones, a menos que sea un especialista fuera de la red.	 Se necesita aprobación previa	Todos los miembros. Las personas con necesidades especiales de atención médica o LTSS deben hablar con Coordinación de la atención para obtener acceso directo a especialistas.
Procedimientos quirúrgicos Atención para tratar, eliminar o alterar físicamente su cuerpo para que esté sano. Ejemplo: extirpación de apéndice inflamado La cobertura está basada en las Directrices del OHP. Puede haber límites según la necesidad médica.	 Se necesita aprobación previa	Todos los miembros
Servicios de telesalud Recibir atención por teléfono, video o en línea. Ejemplos: consultas virtuales o por correo electrónico. Límites según el tipo de consulta. Vea la página 76 para obtener más información.	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Todos los miembros
Servicios de trabajadores de la salud tradicionales (THW) Recibir atención o servicios de una persona con experiencias de vida similares. Pueden ayudarlo a obtener atención para apoyar su bienestar. Ejemplo: especialista en apoyo de pares Los límites pueden depender del tipo de THW. Vea la página 67 para obtener más información.	 No se exige remisión	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Servicios de atención de urgencia Atención que recibe cuando su necesidad médica es más urgente que una cita periódica. Ejemplos: esguinces y torceduras 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.	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Todos los miembros
Servicios de salud para mujeres (además de PCP) para atención de rutina y preventiva Atención a las necesidades médicas especiales de las mujeres. Ejemplos: prueba de Papanicolaou, examen de mamas o visita de mujer sana La cobertura está basada en las Directrices del OHP y puede haber limitaciones según la necesidad médica.	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Todos los miembros
Servicios para la vista **Las mujeres no embarazadas (mayores de 21 años) tienen cobertura para:** • Exámenes de la vista de rutina cada 24 meses • Exámenes médicos de la vista cuando sea necesario ○ Lentes/accesorios correctivos solo para ciertas condiciones médicas de la vista **Los miembros menores de 21 años*, mujeres adultas embarazadas y mujeres adultas hasta 12 meses después del parto tienen cobertura para:** • Exámenes de rutina de la vista cuando sea necesario • Exámenes médicos de la vista cuando sea necesario • Lentes/accesorios correctivos cuando sea necesario Ejemplos de condiciones médicas de la vista son afaquia, queratocono o después de una operación de cataratas.	 Se puede exigir aprobación previa para algunos servicios	Miembros menores de 21 años y miembros embarazadas Según se recomienda para todos los demás.

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

Beneficios para salud conductual

Abajo hay una lista de los beneficios de salud conductual 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 gratis. Vea la columna “Cómo acceder al servicio” para saber si necesita obtener una remisión o una aprobación previa para el servicio.

Si ve un * en el cuadro de beneficios, 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. Advanced Health coordinará los servicios gratis si necesita ayuda.

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Tratamiento asertivo de la comunidad Un método en equipo para ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a vivir en comunidad. Ejemplo: intervención en crisis Los servicios cubiertos incluyen: • Admisión • Evaluación general • Evaluación específica • Prueba de detección • Tratamiento de intervención breve • Servicios en caso de crisis • Terapia individual, de grupo y familiar • Manejo y monitoreo de los medicamentos • Administración de casos de salud mental con apoyo entre pares	 Se necesita aprobación previa	Miembros mayores de 18 años
Servicios integrales Atención integral que ayuda a los jóvenes y sus familias a alcanzar sus objetivos poniéndolos en el centro de su atención. Ejemplo: grupos de apoyo La duración de la coordinación de la atención varía de 6 meses a 2 años, según las necesidades.	 Se necesita remisión	Niños y jóvenes que cumplen los criterios

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Servicios de evaluación de salud conductual Pruebas y exámenes para ayudar a conocer posibles condiciones de salud conductual. Ejemplo: prueba de diagnóstico psiquiátrico Los servicios y la duración del tratamiento se adaptan para cubrir las necesidades de cada miembro individual.	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Todos los miembros
Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico de salud conductual (PRTS) Estancia de corto o largo plazo para que los miembros reciban tratamiento de salud conductual. Ejemplo: programa residencial Estos servicios y la duración del tratamiento dependen de las necesidades del miembro.	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Jóvenes menores de 21 años
Servicios residenciales y de desintoxicación para pacientes ingresados con trastornos por consumo de sustancias Estancia de corto o largo plazo para que los miembros reciban tratamiento. Ejemplo: tratamiento por consumo de alcohol Los servicios y la duración del tratamiento dependen de las necesidades de cada miembro individual.	 Se necesita aprobación previa	Todos los miembros
Tratamiento asistido con medicamentos (MAT) para trastornos por consumo de sustancias (SUD) Atención mediante medicamentos, consejería y otros tratamientos para ayudar a tratar el consumo de sustancias. Ejemplo: metadona Se necesita aprobación previa después de los primeros 30 días	 Se necesita remisión	Todos los miembros
Servicios de salud conductual ambulatorios y entre pares prestados por un proveedor de la red Atención de salud conductual que puede obtener sin pasar la noche en el hospital. Ejemplo: servicios de apoyo de pares	 No se necesita remisión ni aprobación previa	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
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 admisión. Las mujeres con hijos, cuidadores no remunerados, familias y niños de 0-5 años tienen acceso de inmediato a la atención. La duración de los servicios depende de las necesidades del miembro.		
Servicios de especialistas en salud conductual Atención de un proveedor especialmente capacitado en ciertas condiciones de salud conductual. Ejemplo: psiquiatra La cobertura puede tener límites según la necesidad médica.	 Se necesita aprobación previa	Todos los miembros
Servicios para el trastorno por consumo de sustancias (SUD) Atención que puede ayudarlo a superar la adicción y mantenerse libre de drogas. Ejemplo: consejería de desintoxicación Es posible que se exija aprobación previa para los proveedores fuera del área. Los servicios cubiertos incluyen servicios ambulatorios, ambulatorios intensivos, tratamiento asistido con 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 de hospital. El tratamiento ambulatorio está disponible en la clínica con citas de admisión sin cita previa.	Es posible que se exija aprobación previa para los proveedores fuera del área.	Todos los miembros

El cuadro de arriba no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o remisión. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente de Advantage Dental al 866-268-9631.

Beneficios dentales

Todos los miembros del Oregon Health Plan tienen cobertura dental. El OHP cubre limpiezas anuales, radiografías, empastes y otros servicios para mantener los dientes sanos.

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

- Puede ayudar a prevenir el dolor.
- Los dientes sanos también mantienen su corazón y cuerpo sanos.
- Debe consultar al 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 manejar su nivel de azúcar en la sangre.
- A los niños se les debe hacer su primer chequeo dental cuando tengan 1 año.
- Una infección en la boca se puede extender al 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 conducto)
- 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 cubiertos.
Todos los servicios cubiertos son gratuitos. Están cubiertos mientras su proveedor diga que los necesita. Vea la columna “Servicio” para saber cuántas veces puede recibir cada servicio gratis. Vea la columna “Cómo acceder al servicio” para saber si necesita obtener una remisión o una aprobación previa para el servicio. Si ve un * en el cuadro de beneficios, 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.

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Atención dental de emergencia y urgencia Atención para problemas dentales que necesitan atención inmediata. Sin límites. Ejemplos: Ejemplos: dolor extremo o infección, sangrado o hinchazón, lesiones en dientes o encías. Sin límites. Los miembros tienen acceso directo.	 No se necesita remisión ni aprobación previa.	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Exámenes orales Es cuando el dentista hace un chequeo para buscar zonas donde pueda necesitarse mayor atención. Eso incluye buscar caries o enfermedades de las encías. Miembros menores de 21 años: dos veces al año* Todos los demás miembros: una vez al año	 Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria	Todos los miembros
Limpiezas orales Las limpiezas dentales ayudan con la salud oral a largo plazo. Cuando hace la limpieza de rutina, se eliminan la placa, el sarro y las bacterias malas. Eso ayuda a prevenir las caries. Miembros menores de 21 años: dos veces al año* Todos los demás miembros: una vez al año	 No se necesita remisión ni aprobación previa.	Todos los miembros
Barniz de flúor Un tratamiento para ayudar a fortalecer y proteger los dientes. Miembro menor de 21 años: dos veces al año* Jóvenes y adultos de alto riesgo: hasta cuatro veces por año.* Todos los demás adultos: una vez al año*	 No se necesita remisión ni aprobación previa.	Todos los miembros
Radiografías orales Las radiografías crean una imagen de los dientes y huesos. Su dentista las usa para ayudar a revisar su salud oral. Las radiografías de rutina se cubren una vez al año, y más si son dentales o médicamente adecuadas. Con cobertura una vez al año para todos los miembros (o según sea médicamente necesario para los miembros menores de 21 años)	No se necesita remisión ni aprobación previa, a menos que sea para determinar la necesidad médica	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Selladores Revestimientos finos pintados en los dientes posteriores (molares) que pueden prevenir las caries (desgaste dental) durante muchos años. * Menores de 16 años. En dientes posteriores de adultos, una vez cada 5 años Miembros de 16 a 20 años: según sea médicamente necesario	No se necesita remisión ni aprobación previa, a menos que sea para determinar la necesidad médica	Miembros menores de 16 años*
Empastes Un empaste se usa para tratar un pequeño orificio o cavidad en un diente. No hay limitaciones. El reemplazo de un empaste del color del diente para un diente que no se ve al sonreír se limita a una vez cada 5 años.* Con cobertura, según sea necesario.	 No se necesita remisión ni aprobación previa.	Todos los miembros*
Prótesis dentales parciales o completas Las prótesis dentales reemplazan los dientes perdidos. Hay dos tipos de prótesis dentales: completas y parciales. Las prótesis dentales completas se usan cuando faltan todos los dientes y las dentaduras parciales cuando quedan algunos dientes naturales. Parciales: una vez cada 5 años Completas: una vez cada 10 años	 Se necesita aprobación previa Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria	Todos los miembros
Coronas Una corona dental es una cubierta con forma de diente que restaura un diente con caries, roto, débil o desgastado. Los dentistas también usan coronas para cubrir implantes o tratamiento de conducto.	 Se necesita aprobación previa	Para miembros embarazadas o miembros menores de 21 años*

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Las coronas no están cubiertas para todos los dientes. Algunos dientes frontales superiores e inferiores. 4 coronas cada 7 años. * Deben cumplirse ciertos requisitos para recibir una corona. Las coronas no están cubiertas para todos los dientes.	 Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria	
Extracciones Extracción completa de un diente de su alvéolo. Está cubierta para todos los miembros según se necesite. Hable con su DCO para saber si necesita autorización para extraer ciertos dientes.	 Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria	Todos los miembros
Tratamiento de conducto Un tratamiento de conducto es un procedimiento dental para reparar y salvar un diente con caries, dañado o infectado, mediante la extracción del centro del diente. Todos los miembros: cobertura para dientes frontales y premolares Miembros embarazadas: cobertura adicional en los primeros molares. Miembros menores de 21 años: cobertura adicional en los primeros y segundos molares (no en los terceros molares/muelas del juicio)	 Se necesita aprobación previa para los molares Se necesita remisión si no es su dentista de atención primaria	Todos los miembros

Servicio	Cómo acceder al servicio	Quién puede obtenerlo
Ortodoncia Atención para diagnosticar y tratar dientes o mandíbulas que no se alinean. Ejemplos: para labio y paladar hendido, o cuando afecte al habla, la masticación y otras funciones. Se exige la aprobación de su dentista y no puede tener caries ni enfermedad de las encías.	 Se necesita aprobación previa	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 al Servicio al Cliente al 541-269-7400.

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 (NEMT) 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 comuníquese con el Servicio al Cliente al 541-269-7400.

OHP Bridge para adultos con mayores ingresos

OHP Bridge es un nuevo paquete de beneficios que da cobertura a adultos con ingresos más altos. OHP Bridge es gratuito. Las personas que pueden obtener OHP Bridge deben:

- Tener entre 19 y 64 años.
- Tener un ingreso entre el 138 por ciento y el 200 por ciento del nivel federal de pobreza (FPL).
- Tener una ciudadanía o condición migratoria elegible para calificar.
- No tener acceso a otro seguro médico asequible.

Si declara un ingreso más alto cuando renueva su OHP, es posible que lo trasladen a OHP Bridge. Obtenga más información sobre OHP Bridge en https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/bridge.aspx.

OHP Bridge es casi lo mismo que OHP Plus. Hay algunas cosas que OHP Bridge no cubre, incluyendo:

- Servicios y apoyos de largo plazo (LTSS)
- Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)

Necesidades sociales relacionadas con la salud

Las necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) son necesidades sociales y económicas que afectan a su capacidad para estar sano y sentirse bien. Estos servicios ayudan a los miembros que enfrentan cambios importantes en su vida. Obtenga más información en: https://www.oregon.gov/OHA/HSD/Medicaid-Policy/Pages/HRSN.aspx

Pregunte a Advanced Health para saber qué beneficios de HRSN gratuitos están disponibles. Los beneficios de HRSN incluyen:

- Servicios de vivienda: ayuda para el alquiler y los servicios públicos, para obtener o conservar la vivienda, gastos de mudanza y servicios para apoyarlo como inquilino.
- Servicios por el clima: ayuda para obtener aires acondicionados, calefacción, dispositivos de filtración de aire, suministros portátiles de electricidad y mini refrigeradores relacionados con la salud.
- Servicios de nutrición: ayuda que incluye consejería sobre nutrición, comidas adaptadas médicamente, comidas o productos de despensa, fruta y vegetales recetados.

Puede obtener algunos o todos los beneficios de HRSN si es miembro del OHP y cumple uno o más de los criterios de abajo:

- No tiene vivienda o tiene un ingreso que es menor al 30 % del ingreso medio del área y no tiene recursos o redes de apoyo para evitar la falta de vivienda.
- Recibe el alta de un instituto para enfermedades mentales.
- Está saliendo de la cárcel.
- Es un joven en transición del sistema de bienestar infantil.
- Es un adulto joven con necesidades especiales de atención médica.
- Es una persona que está haciendo la transición a un estado doble con OHP y Medicare.

También debe cumplir otros criterios. Si tiene preguntas o quiere que lo evalúen, comuníquese con Advanced Health. Advanced Health puede ayudarlo a programar las citas para los beneficios de HRSN.

Tenga en cuenta que para que lo evalúen y recibir los beneficios de HRSN, es posible que se recopilen sus datos personales y se usen para las remisiones. Puede limitar cómo se comparte su información.

Si se aprueban, puede elegir cómo obtener los beneficios de HRSN. Los beneficios de HRSN son gratuitos para usted y puede cancelarlos en cualquier momento. Si recibe beneficios de HRSN, su equipo de coordinación de la atención trabajará con usted para asegurarse de que su plan de atención esté actualizado. Vea la página 34 para obtener información sobre la coordinación de la atención y los planes de atención.

Tiene derecho a apelar un servicio de HRSN denegado. Vea la página 105 para obtener más información.

Notas importantes:

- Los traslados para la atención no se pueden usar para los servicios de HRSN.
- OHP Bridge no cubre los servicios de HRSN.

Servicios que paga el OHP

Advanced Health paga su atención, pero hay algunos servicios que no pagamos. Esos aún están cubiertos y los pagará el programa de pago por servicio (Open Card) del Oregon Health Plan. 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 ofreciéndole 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 no cubiertos.

Comuníquese con Advanced Health para obtener los siguientes servicios:

- Los servicios de Parto planificado en la 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 prestar 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 a 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 esos 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

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

Servicios que paga el OHP y ofrecen Coordinación de la atención

Comuníquese con el OHP para obtener los siguientes servicios:

- Servicios de cuidados paliativos (hospicio) para miembros que viven en centros de enfermería especializada.
- Servicios basados 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 administrativo para saber si califica para un programa de apoyo o planificación de casos.
- Servicios prestados a miembros del programa Healthier Oregon.
- Abortos y otros procedimientos para terminar un embarazo.
- Suicidio asistido por un médico según la Ley de muerte digna de Oregón y otros servicios.

Comuníquese con el equipo de coordinación de la atención de Acentra del OHP 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 28 para obtener más información. Llame a Bay Cities Brokerage al 877-324-8109 para programar un viaje o si tiene preguntas.

Objeciones morales o religiosas

Advanced Health no limita los servicios basándose en objeciones morales o religiosas. Es posible que algunos proveedores de nuestra red tengan objeciones morales o religiosas. Comuníquese con nosotros al 541-269-7400 si tiene preguntas. Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor que pueda prestarle el servicio.

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. Advanced Health se asegurará de que su atención esté coordinada para cubrir sus necesidades de acceso. Vea las páginas 34-35 para obtener más información sobre la coordinación de la atención. 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 de donde quiere recibir atención. Eso significa que hay suficientes proveedores en la zona y diferentes tipos de proveedores para 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 “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 zona remota, tardará más en llegar a un proveedor que si vive en una zona urbana. Si necesita ayuda con el transporte desde y hasta las citas, vea la página 72.

En el cuadro de abajo se listan los niveles de proveedores y el tiempo (en minutos) o la distancia (en millas) de donde están situados según el lugar 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 del tipo de zona donde vive? Vea el mapa en la siguiente página:

Tipos de zona:

- **Urbana grande (3):** zonas 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.

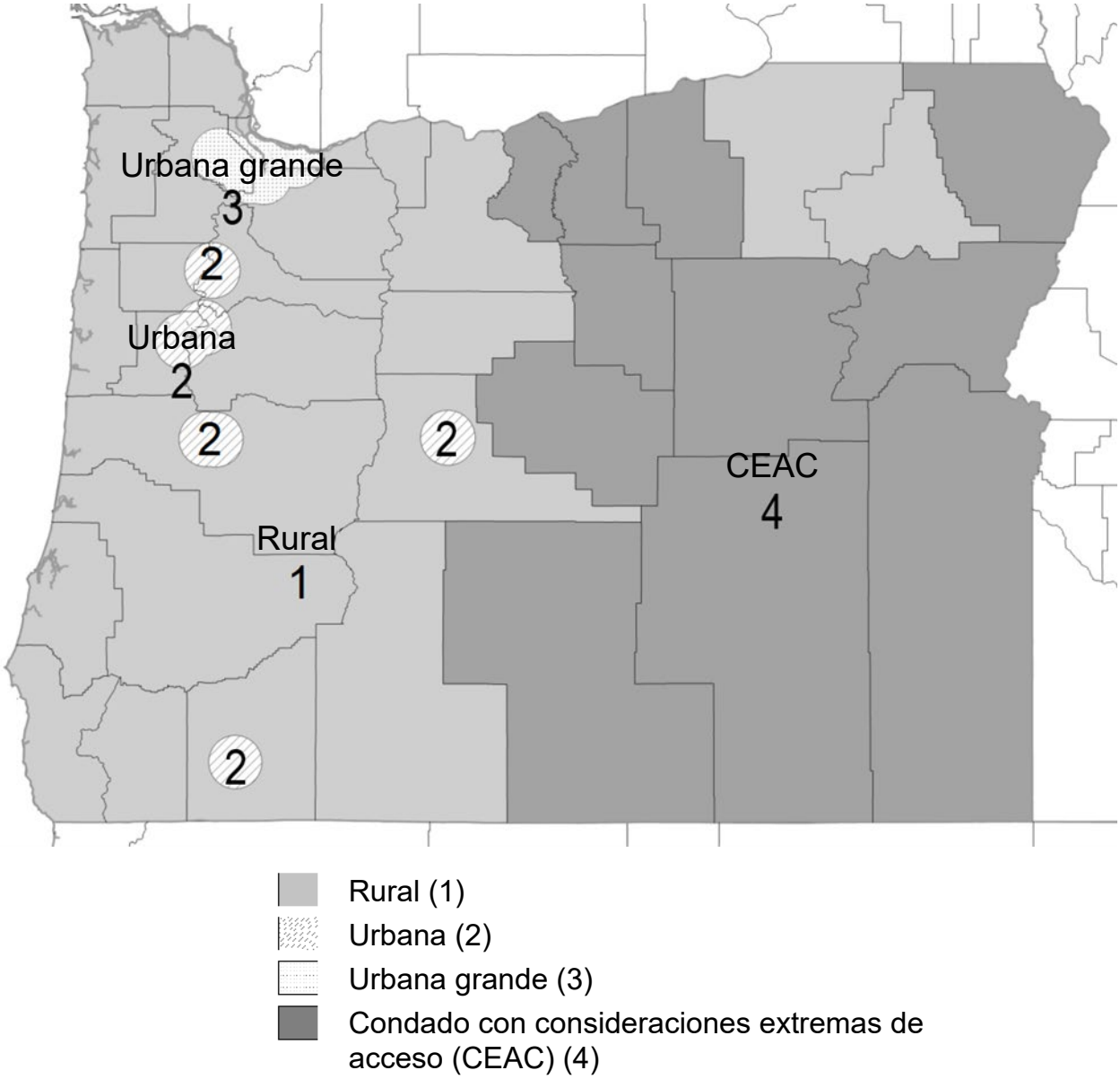


Figura 1: Mapa de regiones geográficas de Oregón según se define para la adecuación de la red. Las distinciones de zona incluyen: Zonas urbanas grandes, urbanas, rurales y de condado con preocupaciones extremas de acceso (CEAC).

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 al 541-269-7400 para solicitar 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 atención

Trabajamos con los proveedores para asegurarnos de que reciba atención, tratamiento o remisión en los plazos indicados abajo:

Tipo de atención	Plazo
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.
Atención de emergencia	Inmediatamente o remisión a un departamento de emergencias dependiendo de su condición.
Atención oral y dental para niños y personas no embarazadas	
Citas periódicas de salud oral	En un plazo de 8 semanas, a menos que haya un motivo clínico para esperar más tiempo.
Atención oral urgente	En un plazo de 2 semanas.
Servicios dentales de emergencia	Atención o tratamiento en un plazo de 24 horas
Atención oral y dental para personas embarazadas	
Atención oral de rutina	En un plazo de 4 semanas, a menos que haya un motivo clínico para esperar más tiempo.
Atención dental de urgencia	En un plazo de 1 semana
Servicios dentales de emergencia	Atención o tratamiento en un plazo de 24 horas
Salud conductual	
Atención médica conductual de rutina para poblaciones sin prioridad	Evaluación en un plazo de 7 días a partir de 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 con prioridad*	
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 población con I/DD	Evaluación e ingreso inmediatos. Si se necesitan servicios provisionales porque no hay proveedores con consultas, el tratamiento en el nivel de atención adecuado debe hacerse en un plazo de 120 días a partir de la inclusión del paciente en lista de espera.

Tipo de atención	Plazo
Consumidores de drogas intravenosas, incluyendo heroína	Evaluación e ingreso inmediatos. El ingreso para recibir servicios en un nivel de atención residencial debe hacerse en el plazo de 14 días a partir de la solicitud, o en el plazo de 120 días cuando se lo pone en lista de espera porque no hay proveedores disponibles.
Trastorno por consumo de opioides	Evaluación e ingreso en un plazo de 72 horas
Tratamiento asistido con medicamentos	Apenas 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:

- Se lo pondrá en lista de espera.
- Recibirá otros servicios en un plazo de 72 horas.
- Esos servicios serán temporales hasta que haya un espacio o un lugar disponible.

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

Beneficios integrales y de prevención para miembros menores de 21 años

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

No tiene que inscribirse por separado en EPSDT. Si es menor de 21 años y está inscrito en OHP, recibirá estos beneficios. A partir de 2025, los adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica (de 19 a 25 años) también pueden calificar para los beneficios del programa de EPSDT. Comuníquese con Advanced Health para obtener más información.

El programa de 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 ofrecer:

- Exámenes y evaluaciones de salud física, mental, del desarrollo, oral/dental, del crecimiento y nutricional, programados con regularidad.
    - Si Advanced Health no cubre la salud oral/dental, aún puede recibir esos servicios mediante OHP llamando al 1-800-273-0557.
- 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 de prioridades). Para obtener más información sobre la Lista de prioridades, vea la página 36.

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

- *Médicamente necesario* suele referirse a 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 adecuado* suele referirse a 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.

Siempre debe recibir un aviso por escrito cuando se le deniega un servicio, y tiene derecho de apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para obtener más información vea la página 105.

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. Lo ayudarán a obtener la atención que necesita. Si algún servicio necesita aprobación, ellos se encargarán. 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 al Servicio al Cliente al 541-269-7400.
- Llame a Advantage Dental al 866-268-9361 para programar servicios dentales o para obtener más información.
- Puede obtener transporte gratuito para ir y regresar de las visitas del proveedor de EPSDT con cobertura. Llame al 541-269-7400 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 le indica cuándo los niños necesitan ver al PCP.

Pruebas de detección

Las visitas de evaluación que Advanced Health cubre se ofrecen en intervalos conforme 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 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://www.aap.org/brightfutures. Puede usar el Planificador de visitas de bienestar para prepararse para estos chequeos.
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 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 anemia falciforme 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 del desarrollo (incluyendo una revisión del desarrollo de la salud física y mental).
- Vacunas (inyecciones) que cumplen los estándares médicos:
    - Esquema de vacunas infantiles (desde el nacimiento hasta los 18 años): https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html
    - Programa de vacunas 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 evaluación explicará la necesidad de la remisión al menor y a sus 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 detectar la necesidad de los siguientes servicios y de otros:

- Diagnóstico y tratamiento para deficiencias de la vista y la audición, incluyendo anteojos y audífonos.
- 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 de prioridades de servicios médicos están cubiertos para los miembros menores de 21 años si son médicamente necesarios y médicamente apropiados para ese miembro (vea arriba para más información).

- Si el OHP no cubre el servicio, aún tiene derecho a impugnar esa decisión presentando una apelación y pidiendo una audiencia. Vea la página 105.

Advanced Health ofrecerá ayuda para remitir a los miembros o a sus representantes a 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 y ver una hoja informativa para miembros. Advanced Health también tiene información en https://advancedhealth.com/.

Trabajadores de la salud tradicionales (THW)

Los trabajadores de la salud tradicionales (THW) dan apoyo y ayuda 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. Además, pueden conectarlo con personas y servicios de la comunidad que pueden apoyarlo.

Hay diferentes tipos de trabajadores de la salud tradicionales:

- **Comadrona:** una persona que ayuda a las personas y a sus familias con apoyo personal no médico. Ayuda durante el embarazo, el parto y después de que nazca el bebé.

- **Trabajador de la salud de la comunidad (CHW):** un trabajador de salud de la comunidad 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 de salud de la comunidad lo ayuda a empezar con los comportamientos saludables. Generalmente comparten su origen étnico, idioma o experiencias de vida.

- **Asistente de salud personal (PHN):** 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 (PSS):** una persona con experiencia en salud mental, adicción y recuperación. Un PSS también puede haber sido un apoyo para un familiar con problemas de salud mental o que recibe tratamiento por adicción. Dan apoyo, ánimo y ayuda a quienes enfrentan problemas de adicciones y de salud mental.

- **Especialista de bienestar entre pares (PWS):** una persona que trabaja como parte de un equipo de atención médica en casa y habla como su representante y el de sus necesidades. Apoya la salud general de las personas de su comunidad y puede ayudarlo a recuperarse de adicciones, salud mental o condiciones físicas.

THW puede ayudarlo con muchas cosas, como:

- Trabajar con usted y su coordinador de atención para encontrar un nuevo proveedor.
- Recibir la atención que busca y necesita.
- Conectarlo con otras personas para explicar sus beneficios.
- Darle información sobre servicios y apoyo de salud mental o adicciones.
- Darle información y remisiones sobre recursos de la comunidad que podría usar.
- Ser una persona de su comunidad con quien hablar.
- Ir con usted a las citas con el proveedor.

Llame al Servicio al Cliente al 541-269-7400 o al contacto de coordinación de THW que se indica abajo.

Llame a nuestro personal de coordinación de THW para obtener más información sobre los THW y cómo usar sus servicios.

Información de contacto del coordinador de THW:

Brandy Hille
THW@advancedhealth.com 541-269-7400/800-264-0014

Si cambiamos la información de contacto del coordinador de THW, puede encontrar la información actualizada en nuestro sitio web: https://advancedhealth.com/members/your-benefits/traditional-health-workers-thw/.

Servicios adicionales

Servicios relacionados con la salud

Los servicios relacionados con la salud (HRS) son otros servicios que Advanced Health ofrece que no son beneficios habituales del OHP. Los HRS ayudan a mejorar la salud y el bienestar de los miembros y de la comunidad. Los HRS incluyen servicios flexibles para los miembros e

iniciativas de beneficios para la comunidad en general. Como los HRS no son beneficios habituales del OHP, los miembros no tienen derechos de apelación para los HRS de la misma manera que los tienen para los servicios cubiertos.

Servicios flexibles

Los servicios flexibles son artículos o servicios que ayudan a los miembros a estar saludables o mejorar su salud. Advanced Health ofrece estos servicios flexibles:

Ejemplos de otros servicios flexibles:

- Apoyos para comidas, 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 o gastos de instalación de servicios públicos.
- Vivienda o refugio temporal mientras se recupera de una hospitalización.
- Artículos que fomenten los comportamientos saludables, como zapatos o ropa deportiva.
- Celulares o dispositivos para acceder a aplicaciones de telesalud o salud.
- Otros artículos que lo ayuden a estar sano, como un aire acondicionado o un dispositivo de filtración de aire.

Obtenga más información sobre los servicios relacionados con la salud en https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le4329.pdf

Cómo obtener servicios flexibles para usted o un familiar

Puede trabajar con su proveedor para solicitar servicios flexibles o puede llamar al Servicio al Cliente al 541-269-7400 para obtener ayuda para solicitar un servicio flexible. Puede visitar el sitio web de Advanced Health en línea en https://advancedhealth.com/members/forms/. Puede completar y enviar la solicitud en línea. También puede enviar la solicitud por fax al 541-264-2052

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 toman caso por caso. Es posible que se soliciten documentos de respaldo y su plan de atención. 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 105.

Si tiene OHP y tiene problemas para obtener atención, comuníquese con el Programa de Defensores del Pueblo de la OHA. Los defensores del pueblo son defensores de los miembros de OHP y harán todo lo posible por ayudarlo. Envíe un correo electrónico a 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 para obtener ayuda.

Programa de vida activa

Ofrecemos programas gratuitos que se centran en la actividad física, la alimentación saludable y la educación para el bienestar.
Algunos ejemplos de los programas GRATUITOS 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 • Consejos para vivir sano y de manejo del peso • Community Yoga • Programa Veggie Rx en Waterfall
Llame a Servicio al Cliente de Advanced Health o vea en línea en https://advancedhealth.com la lista actual de lo que hay disponible.

Únase al Consejo asesor de la comunidad

¿Quisiera participar en la mejora de la salud de la comunidad? El Consejo asesor de la comunidad (CAC) se reúne en los condados de Coos y Curry El CAC ayuda a garantizar que se traten las necesidades de atención médica de la comunidad. Como miembro, puede trabajar con nosotros para evaluar las necesidades de salud de la comunidad. Puede ayudar a garantizar el acceso a la atención y los servicios para mejorar la salud de la comunidad.

Si está interesado en ir a una reunión, comuníquese con Sam Baugh al 541-269-7400.

Iniciativas de beneficios de la comunidad

Las iniciativas de beneficios de la comunidad dan financiación para programas y para la comunidad en general, incluyendo los miembros de la CCO, 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:

• Da orientación sobre cómo identificar y prevenir el suicidio infantil.

• Da financiamiento para la capacitación de ACES (Experiencias adversas en la niñez).

Esto se centra en eventos que ocurren en la infancia. Pueden afectar al desarrollo del cerebro y también a cómo 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.

• Da bicicletas a los que necesitan transporte.

• Financia programas de comida y nutrición cerca de su casa 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 personas a acceder a frutas y verduras frescas de los mercados de agricultores.

- Programas de la comunidad que ayuden a las personas a conseguir o tener una vivienda segura y estable.
- Mejoras en el transporte activo, como carriles seguros para bicicletas y aceras.
- 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.

Transporte gratuito para recibir 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 programar el transporte gratuito. 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 a buscarlo. Podemos pagarle la gasolina a usted, a un familiar o a un amigo para que lo lleve. Este servicio no tiene costo para usted. Advanced Health nunca le facturará por transporte hacia o desde la atención cubierta.

Puede encontrar la Guía para pasajeros de Bay Cities Brokerage en https://bca-ride.com/ah-main/.

Reembolsos por millas recorridas

BCB hace reembolsos por millas recorridas si usted puede ir a su cita por sus medios. Eso incluye usar su auto o que alguien más lo lleve. BCB exige que todos los miembros llamen con antelación al centro de llamadas y que den la fecha y hora de la cita y el nombre y teléfono del proveedor que lo atenderá 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. Eso es necesario para verificar su cita.

2. Para recibir el reembolso, deberá completar el Formulario de verificación del reembolso (https://bca-ride.com/wp-content/uploads/2023/07/NEW-AH-Reimbursement-Verification-Form.pdf). El 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 (http://bca-ride.com)

3. Debe llevar el formulario a su cita. Debe tener una firma autorizada. Una vez completado, puede entregarlo en persona. También puede enviarlo por correo directamente a las oficinas de BCB.

a. Bay Cities Brokerage; 3505 Ocean Blvd SE, Coos Bay, OR 97420

Avise al menos 48 horas antes para todas las solicitudes fuera del condado y no menos de 24 horas para las solicitudes dentro del condado.

No se aprobará ninguna solicitud de reembolso de la sala de emergencias.

Cuando BCB reciba su formulario firmado, espere hasta 14 días para su procesamiento. Todos los formularios deben devolverse en un plazo de 45 días después de su cita. BCB podrá rechazar las solicitudes de reembolso que se reciban después de 45 días del viaje.

Cómo programar el transporte

Llame a Bay Cities Brokerage al 877-324-8109 (TTY 711)
Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Cerrado en Año Nuevo (01/01/2025), Día de Acción de Gracias (11/27/2025), Día del Trabajo (9/01/2025), Día de la Independencia (07/04/25) y Navidad (12/25/2024).

Llame al menos 2 días hábiles antes de la cita para programar el transporte. Eso 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 alguien que usted conozca 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 centro de llamadas que puede ayudarlo con el transporte 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 que lo ayude
- 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 el medio que elija (llamada telefónica, correo electrónico, fax).

Si pide un transporte con menos de dos (2) días de antelación a la hora de recogida programada, le daremos el teléfono de la empresa que se encargará de recogerlo. También podemos darle el nombre y el 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 se retrasa, lo esperarán 15 minutos después de la hora programada. Eso significa que, si su viaje está programado para las 10 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 los 15 minutos después del cierre.
- **Cómo pedir más tiempo:** Debe pedir si quiere que lo recojamos antes o que lo dejemos más tarde de esa hora. Su representante, padre/madre o tutor también pueden pedirlo.
- **Llame si el conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora de recogida:** Si el conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora programada para recogerlo, llame a la empresa de transporte. El personal le dirá si el conductor está en camino. Los conductores deben avisar al despachador antes de salir del lugar de recogida.
- **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. Eso 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:

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 los pasajeros.
- Llamarnos apenas pueda 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 alguna parada adicional, como 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. El conductor esperará al menos 15 minutos después de la hora de recogida programada antes de irse. Podemos restringir los viajes futuros si tiene muchas faltas.

Tener una restricción significa que podríamos limitar la cantidad de viajes que puede usar, limitarlo a un solo conductor o exigirle que llame antes de cada viaje.

Si se deniega el transporte

Recibirá una llamada para avisarle de la denegación. Dos miembros del personal revisan todas las denegaciones 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 a partir de 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 el proveedor forma parte de nuestra red 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 105.

Guía del pasajero

Obtenga la Guía del pasajero de Bay Cities Brokerage en: https://bca-ride.com/. Usted o su representante también pueden llamar al Servicio al Cliente 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 automóviles
- 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 atención sin tener que ir a una clínica o consultorio. 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 mediante:

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

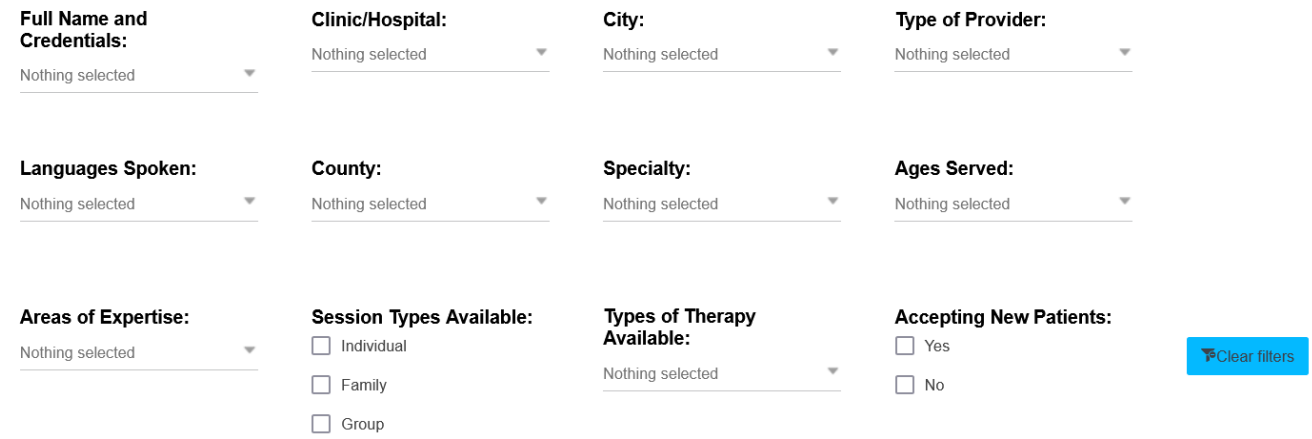
Si necesita un dispositivo para citas de telesalud, comuníquese con el Servicio al Cliente de Advanced Health. Pregúnteles sobre Flex Funds.

Si no tiene acceso a internet o a video, hable con su proveedor sobre la mejor opción para usted.

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 revisar nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en https://advancedhealth.com/. Haga clic en el perfil del proveedor para saber si ofrece telesalud. Esta no es una lista completa, por lo que también puede llamar a su proveedor para verificarlo.

1.) Elija el proveedor que quiera.



2.) Después, haga clic en el perfil del proveedor. Mostrará si el proveedor ofrece servicios de telesalud.

Cuándo puede usar la telesalud

Los miembros de Advanced Health que usan telesalud tienen derecho a recibir los servicios de salud física, dental 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 en distanciamiento social por una enfermedad.
- Si está temporalmente fuera de casa y no puede reunirse con el médico en persona.
- 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 las páginas 80-82 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 privados y seguros. Cada proveedor tendrá su sistema para las visitas de telesalud, pero cada sistema debe cumplir la ley.

Obtenga más información sobre la privacidad y la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) en la página 13.

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

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 5.
- Obtener visitas en persona, no solo visitas de telesalud.
    - Advanced Health se asegurará de que pueda elegir cómo hacer sus visitas. Un proveedor no puede obligarlo a usar telesalud, a menos que se haya declarado el estado de emergencia o que el centro use 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.
    - La CCO se asegurará de que su proveedor lo evalúe para saber si la telesalud es adecuada para usted. Eso incluye, entre otros:
        - Necesidad de un formato alternativo.
        - Acceso a los dispositivos necesarios.
        - Acceso a un lugar privado y seguro.
        - Acceso a servicio de internet.
        - Entendimiento de los dispositivos digitales.
        - Preocupaciones culturales.

Hable con su proveedor sobre la telesalud. Si necesita o prefiere consultas en persona y su proveedor solo ofrece telesalud, dígaselo. Pueden remitirlo a otro proveedor e informárselo a Advanced Health. Puede elegir cómo recibe su atención y Advanced Health puede ayudarlo a coordinar la atención con otro proveedor. También puede llamar al Servicio al Cliente al 541-269-7400 (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/find-a-provider/.

Para todas las receta 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 no las tiene.

Medicamentos con receta cubiertos

Encontrará la lista de medicamentos cubiertos de Advanced Health 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 los medicamentos con receta

Cuando su proveedor le pida a Advanced Health que apruebe o cubra un medicamento con 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, eso puede tardar 72 horas.

Si Advanced Health decide no cubrir el medicamento con 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 al Servicio al Cliente de Advanced Health Pharmacy al 541-269-7400 (TTY 711) si tiene preguntas.

Farmacia de pedido por correo

Postal Prescription Services puede enviar por correo algunos medicamentos a su casa. Esto se conoce como farmacia de pedido por correo. Si le resulta difícil recoger su receta en una farmacia, la farmacia de pedido por correo puede ser una buena opción. Llame al Servicio al Cliente de Advanced Health Pharmacy al 541-269-7400 (TTY 711) para obtener más información.

- Obtenga más información sobre la farmacia de pedido por correo, e
- Inscríbase en el servicio de farmacia de pedido por correo.

El OHP paga los medicamentos de salud conductual

Advanced Health no paga la mayoría de los medicamentos que se usan para tratar las condiciones de salud conductual. El OHP se encarga de eso. 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 (TTY 711).

Cobertura de medicamentos con receta para miembros con Medicare

Advanced Health y el 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 esos 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 el 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 las páginas 35 y 94.

Cómo obtener recetas antes de un viaje

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

Hospitales

Trabajamos con los hospitales de abajo para la atención en el hospital. Puede recibir atención de emergencia en cualquier hospital. Algunos hospitales ofrecen una sala de emergencias completa para ayudar a una persona con una crisis de salud mental, pero puede ir a cualquier hospital para recibir ayuda.

Coos Bay
Bay Area Hospital

Sala de emergencia completa: sí
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

Sala de emergencia completa: sí

Coquille Valley Hospital
940 E 5th St | Coquille, OR 97420
Teléfono: 541-396-3101
TTY 711
https://www.cvhospital.org/

Bandon
Southern Coos Hospital
Sala de emergencia completa: sí
Southern Coos Hospital
900 11th St SE | Bandon, OR 97411
Teléfono: 541-347-2426
TTY 711
https://southerncoos.org/

Gold Beach
Curry General Hospital

Sala de emergencia completa: sí
Curry General Hospital
94220 4th St | Gold Beach, OR 97444
Teléfono: 541-247-3000
Línea gratuita: 800-445-8085
TTY 711
http://www.curryhealthnetwork.com/

Atención de urgencia

Un problema urgente es lo suficientemente grave como para que se trate de inmediato, pero no lo suficiente como para recibir tratamiento inmediato en la sala de emergencias. Esos 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 previa.

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. Dígale al personal del consultorio del PCP que usted es miembro de Advanced Health. Recibirá consejería 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 previa. No necesita una cita. Vea abajo la lista de clínicas de atención de urgencia y de consulta sin cita previa.

Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400 (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. Es posible que reciba consejería o lo remitan a otro lugar para llamar. Un representante de Advanced Health devolverá su llamada en un plazo de 30-60 minutos después de su llamada para hablar de los pasos a seguir.

Si tiene preguntas médicas urgentes fuera del horario de atención, llame a nuestra línea de triaje de enfermería fuera del horario de atención al 1-888-647-3627.
Para citas y consejería que no sean urgentes, llame durante el 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

North Bend Medical Center

1900 Woodland Drive | Coos Bay, OR 97420

Teléfono: 541-266-1789

Línea gratuita: 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 de urgencia

Algunos ejemplos de atención dental de urgencia incluyen:

- 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 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 Advantage 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 repentinas. Las emergencias también pueden causar daños en su cuerpo. Si está embarazada, la emergencia también puede causar daños en 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 física de emergencia 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 al corazón.
- 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 atención de emergencia.
- Tiene derecho a ir a cualquier hospital u otro centro en los Estados Unidos.
- La atención de emergencia incluye servicios después de la estabilización (atención posterior). Los servicios de atención posterior son servicios cubiertos relacionados con una condición de emergencia. Esos 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 las páginas 80-82.

Emergencias dentales

Una emergencia dental es cuando 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 o infección en la boca.
- Las encías no paran de sangrar.

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 tiene una emergencia dental y su dentista o PCP no puede ayudarlo, no necesita permiso para recibir atención dental de emergencia. Puede ir a la sala de emergencias o llamar a Servicio al Cliente al 541-269-7400 para obtener ayuda para encontrar atención dental de emergencia.

Si ninguna de esas 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 80.

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 necesita 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 de acogida

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 & Wellness
Together, Inspiring Healthier Communities

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

KAIROS

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 ser 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 tiene una emergencia o crisis de salud conductual:

- Piensa en el suicidio.
- Escucha voces que le dicen que se haga daño a sí mismo o a otra persona.
- 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 hace para apoyar la estabilización en la comunidad:

- Una línea directa de crisis para llamar cuando un miembro necesita ayuda.
- Equipo móvil de crisis que acompañará a un miembro que necesite ayuda.
- Centros de crisis sin cita previa y de acogida.
- Relevo 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 casos de crisis, las 24 horas del día, para miembros que reciben tratamiento intensivo de salud conductual en casa.

Conozca más sobre los servicios de salud conductual ofrecidos en las páginas 51-53.

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 los demás.
- Regalar efectos personales que aprecia.
- 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 extremos.

Nunca mantenga en secreto pensamientos o conversaciones sobre el suicidio.

Si quiere hablar con alguien fuera de Advanced Health, llame a cualquiera de los siguientes:

- Vea la lista de líneas de crisis en la página 85.
- Línea Nacional de Prevención del Suicidio y Crisis: Llame al 988 o visite 988lifeline.org.
- La línea de apoyo en memoria de David Romprey: 800-698-2392.
- Línea de mensajes de texto para casos de crisis: Envíe un mensaje de texto al 741741
- Para la prevención del suicidio en adolescentes: Línea para jóvenes: 877-968-8491 o envíe un mensaje de texto con la palabra teen2teen al 839863.
- También puede buscar en línea el número de 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 90 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 atención 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 o dentista de atención primaria para programar cualquier atención de seguimiento.

- Debe recibir la atención de seguimiento de su proveedor o 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. Dígale 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 fuera de casa

Atención planificada fuera del estado

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

- Necesite un servicio que no esté disponible en Oregón.
- O si el servicio es económico.

Para obtener más información sobre cómo conseguir un resurtido de su receta antes de viajar, vea la página 78.

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 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 89 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 pídales 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 ese formulario, vea la página 87.

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 consejería sobre 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 está lejos de casa. Esos pasos pueden ayudar a evitar que se le facturen servicios que Advanced Health puede cubrir. Advanced Health no puede pagar un servicio si el proveedor no nos ha enviado una factura.

Si recibe una factura, no la pague. Primero comuníquese con el Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400.

Facturas por servicios

Los miembros del OHP no pagan facturas por servicios cubiertos

Cuando programe su primera consulta con un proveedor, diga en el consultorio que tiene Advanced Health. También dígale si tiene otro seguro. Eso ayudará al proveedor a saber a quién le debe hacer la factura. Lleve su tarjeta de identificación a todas las visitas médicas. Advanced Health paga todos los servicios cubiertos, médicamente necesarios y adecuados según la Lista de prioridades de servicios médicos.

Un proveedor de la red de Advanced Health (para obtener una lista de proveedores de la red, vea las páginas 29-30) ni una persona que trabaje para ellos puede facturarle ni intentar cobrar el dinero que Advanced Health le debe por servicios que usted no es responsable de cubrir.

No se puede facturar a los miembros las citas a las que faltó o los errores.

- No se facturarán las citas a las que faltó ni a usted ni al OHP.
- Si su proveedor no envía la documentación adecuada o no obtiene una aprobación, usted no puede recibir una factura por eso. Eso se conoce como error del proveedor.

Los miembros no pueden recibir facturas del saldo ni sorpresa.

Cuando un proveedor factura la cantidad restante de la factura, después de que Advanced Health haya pagado, eso se llama facturación del saldo. También se llama facturación sorpresa. La cantidad es la diferencia entre la cantidad real facturada y la cantidad que paga Advanced Health. Eso pasa más frecuentemente cuando va con un proveedor fuera de la red. Usted no es responsable de esos costos.

Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente al 541-269-7400. Para obtener más información sobre la facturación sorpresa, 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 para obtener ayuda al 541-269-7400, (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 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 no coincidía con el de la identificación de Advanced Health en el momento o después de la prestación del servicio, por lo que el proveedor no pudo facturarlo 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 a partir de la fecha de entrada en vigor del aviso de la medida 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 los servicios que recibió de su proveedor y usted no usó esos cheques para pagarle 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 sus servicios. Antes de ver a un proveedor que no esté en la red de Advanced Health, debe llamar a Servicio al Cliente o coordinarlo con su PCP. Es posible que necesite aprobación previa o que haya un proveedor de la red que se adapte a sus necesidades. Para obtener una lista de proveedores de la red, vea las páginas 29-30.

- **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 más información sobre el formulario abajo.
    - 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 que están o no cubiertos, comuníquese con el Servicio al Cliente de Advanced Health llamando al 541-269-7400 (TTY 711).

Se le puede pedir que firme un formulario de Acuerdo de pago

Un formulario de acuerdo de pago se usa cuando usted quiere un servicio que no cubren Advanced Health ni OHP. El formulario también se llama renuncia. Solo se le puede facturar un servicio si firma el formulario Acuerdo de pago. No debe sentirse obligado a firmar el formulario. Puede ver una copia del formulario en https://bit.ly/OHPwaiver.

No es necesario que firme el formulario de Acuerdo de pago si no quiere. Si no está seguro de si debe firmar el formulario de Acuerdo de pago o tiene alguna pregunta sobre si un beneficio está cubierto, comuníquese con el Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400 (TTY 711) para recibir ayuda. Si Advanced Health o su proveedor le dicen que el OHP no cubre el servicio, aún tiene derecho a oponerse a esa decisión presentando una apelación y pidiendo una audiencia. Vea la página 105.

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

- El formulario debe tener el costo calculado del servicio. 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.
- Pidió pagar de forma privada un servicio cubierto. Si decide hacerlo, el proveedor puede facturarle si le 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 social 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 médica de emergencia fuera de casa o del estado

Debido a que algunos proveedores de emergencia fuera de la red no están familiarizados con las normas de OHP (Medicaid) de Oregón, es posible que le facturen a usted. No se le debe facturar por la atención de emergencia o posterior a la hospitalización. Comuníquese con el Servicio al Cliente de Advanced Health si recibe una factura. Tenemos recursos para ayudarlo.

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 eso pasa. Apenas reciba una factura:

- No ignore las facturas médicas.
- Comuníquese con el Servicio al Cliente de Advanced Health lo más pronto posible llamando al 541-269-7400 (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 105.
    - También puede apelar mediante una carta a Advanced Health diciendo que no está de acuerdo con la factura porque usted estaba en el OHP en el momento del servicio.

Consejos importantes sobre el pago de servicios y las facturas

- Le recomendamos encarecidamente que llame a Servicio al Cliente antes de aceptar pagar a un proveedor.

- Si su proveedor le pide que haga un copago, no lo pague. Pídale al personal del consultorio que llame a Advanced Health.

- Advanced Health paga todos los servicios cubiertos según la Lista de prioridades de servicios médicos; vea la página 36.

- 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 sobre 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.

- Los miembros nunca deben pagar el transporte a las citas cubiertas. Vea la página 72. Los miembros pueden pedir el reembolso de los gastos 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 la documentación correctamente. Cuando eso 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 OHP no cubre el servicio, aún tiene derecho a oponerse a esa decisión presentando una apelación y pidiendo una audiencia. Vea la página 105.

- 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, o
- Cargos de coseguro por servicios de Medicare. El OHP cubre esos cargos.

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 ver a un proveedor fuera de la red. Comuníquese con su oficina local de Adultos Mayores y Personas con Discapacidad (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 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 dígale que usted está cubierto por Advanced Health. Si aun así le dicen que debe dinero, llame al Servicio al Cliente al 541-269-7400, (TTY 711). Podemos ayudarlo.
- Obtenga más información sobre las pocas veces que un proveedor puede enviarle una factura en la página 89.

Los miembros con Medicare pueden cambiar o abandonar 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.

Cambio de CCO y transición de la atención

Tiene derecho a cambiar o dejar una CCO.

Si no tiene una CCO, su OHP se llama pago por servicio u Open Card. 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 reciben los mismos tipos de beneficios de atención física, dental y conductual que los miembros de la CCO.

La CCO que tenga depende de dónde vive. Las normas sobre cambiar o abandonar una CCO son diferentes cuando solo hay una CCO en la zona y cuando hay más CCO en una zona.

Los miembros con Medicare y OHP (Medicaid) pueden cambiar o abandonar 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.

Los 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 (dejar) su inscripción 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 un motivo médico. 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.

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.

Algunas áreas con más de una CCO:

Los miembros con más de una CCO en su área de servicio pueden pedir dejar y cambiar a una CCO diferente 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.
- La CCO tiene objeciones morales o religiosas sobre el servicio que usted quiere.
- Tiene un motivo médico. 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 una CCO suspende la inscripción de 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 al Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 o envíe un correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsoha.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 u Open Card 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 al Servicio al Cliente del 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. Puede usar su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov o enviar un correo electrónico al OHP a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov. La fecha de entrada en vigor de la cancelación de la inscripción será el primero del mes siguiente a la aprobación de la cancelación de la inscripción por parte de la OHA.

Puede recibir atención mientras cambia su CCO. Vea la página 96 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, Excepto cuando 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. Podría ser a un proveedor de atención médica, a su personal, a otros pacientes o al personal de Advanced Health. Cuando el acto o la amenaza de violencia perjudique seriamente las capacidades 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 105 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 otros):

- 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 puede se lo puede dar de baja, excepciones de inscripción temporal o exenciones de inscripción, llame a Advanced Health al 541-269-7400 o a Servicios para clientes del 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 ingresado. Esta es una lista con algunos ejemplos de cuándo puede obtener esa 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 antes y 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 deja Advanced Health, trabajaremos con su nueva CCO o con OHP para asegurarnos de que puede obtener los mismos servicios listados abajo.

Si necesita atención mientras cambia de planes o tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de Advanced Health al: 541-269-7400 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico

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:
    - Se complete el tratamiento prescrito mínimo o aprobado; o
    - Su proveedor decide que ya no necesita su tratamiento. Si la atención es de un especialista, un proveedor calificado revisará el plan de tratamiento.
- 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 tratamiento.
    - Medicamentos con un 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 al Servicio al Cliente al 541-269-7400. También está en nuestro sitio web en https://advancedhealth.com/members/ en la sección “Sus beneficios”. Llame al 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. Eso 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 **directivas anticipadas**.

Visite https://advancedhealth.com/members/forms/ para encontrar la Política de directivas anticipadas de Advanced Health.

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. Esa persona se llama su representante de atención médica y debe estar de acuerdo con tener esa función.
- Tener derecho a compartir, denegar o aceptar tipos de atención médica y derecho a tomar decisiones sobre su futura atención médica.

Cómo obtener más información sobre las directivas anticipadas

Podemos darle un folleto gratuito 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 al Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400.
Hay una Guía del usuario de directivas anticipadas disponible. Proporciona información de:

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

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 directivas anticipadas es su elección. Si decide no completar ni firmar directivas anticipadas, su cobertura o acceso a la atención seguirá igual.
- Advanced Health no lo tratará distinto si decide no completar ni firmar directivas anticipadas.
- Si completa directivas anticipadas, asegúrese de decírselo a sus proveedores y a su familia y de darles copias.
- Advanced Health honrará todas las elecciones que liste en directivas anticipadas completadas y firmadas. Si un médico con el que trabaja tiene una objeción moral para cumplir sus directivas anticipadas, llame al Servicio al Cliente para pedir otro proveedor que no tenga una objeción por conciencia.

Cómo informar de si Advanced Health no siguió los requisitos de las directivas anticipadas

Puede presentar una queja ante la Oficina de Licencias Médicas si su proveedor no hace lo que usted pide en las directivas anticipadas.

Oficina de Licencias Médicas
503-370-9216 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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
En línea: https://www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/File-Complaint.aspx

Puede presentar una queja ante el Programa de Certificación y Licencia de Centros Médicos si un centro (como un hospital) no hace lo que solicita en sus directivas anticipadas.

Programa de certificación y licencia de centros de salud
Envíe un correo a: 800 NE Oregon Street, Suite 465
Portland, OR 97322
Correo electrónico: mailbox.hclc@odhsoha.oregon.gov
Fax: 971-673-0556
En línea:
https://www.oregon.gov/OHA/PH/ProviderPartnerResources/HealthcareProvidersFacilities/HealthcareHealthCareRegulationQualityImprovement/Pages/index.aspx

Llame al Servicio al Cliente de Advanced Health al 541-269-7400 (TTY 711) para obtener una copia impresa del formulario de queja.

Cómo cancelar directivas anticipadas

Para cancelarlas, pida que le devuelvan las copias de las directivas anticipadas para que su proveedor sepa que ya no son válidas. Rómpalas o escríbales CANCELED (Cancelado) en letra grande, 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 la POLST y las directivas anticipadas?

Órdenes médicas para el 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 otros motivos por los que no quiere todo tipo de tratamiento médico, puede obtener más información sobre este formulario. Las POLST son diferentes de las directivas anticipadas:

	Directivas anticipadas	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 o llame a POLST de Oregón al 503-494-3965.

Declaración para el tratamiento de salud mental

Oregón tiene un formulario para escribir sus deseos 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 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 no puede decidir durante esos 3 años, su formulario entrará en vigor. Estará en vigencia hasta que usted pueda volver a tomar decisiones. Podrá cancelar su declaración cuando pueda tomar decisiones sobre su atención. Debe entregar el 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

Si su proveedor no sigue los deseos de su formulario, puede presentar una queja. Encontrará un formulario para eso en 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
Teléfono: 971-673-0540 (TTY: 971-673-0372)
Fax: 971-673-0556

Denuncias de fraudes, despilfarros y abusos

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 parte de 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 parte de 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 está 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 La Clair St., Coos Bay Oregon 97420

O

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

ODHS Fraud Investigation Unit
N.° de línea directa: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)
N.° de fax 503-373-1525 Attn: Línea directa
Correo postal: P.O. Box 14150
Salem, OR 97309
En línea: https://www.oregon.gov/odhs/financial-recovery/Pages/fraud.aspx

O (específico para proveedores)

OHA Office of Program Integrity (OPI)

Correo postal: 500 Summer St. NE E-36

Salem OR 97301

Correo electrónico seguro: OPI.Referrals@oha.oregon.gov

N.° de línea directa: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

En línea: https://www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx

Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)

Oregon Department of Justice
100 SW Market Street
Portland, OR 97201
Teléfono: 971-673-1880
Fax: 971-673-1890

Correo electrónico: Medicaid.Fraud.Referral@doj.state.or.us
En línea: https://www.doj.state.or.us/consumer-protection/sales-scams-fraud/medicaid-fraud/

Para denunciar fraudes en línea: https://www.oregon.gov/dhs/abuse/Pages/fraud-reporting.aspx

Quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias justas

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 Oregón.

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: 541-269-7400 o por correo electrónico a customerservice@advancedhealth.com.

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, con sus servicios de atención médica o con 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. Simplemente llame a Servicio al Cliente al 541-269-7400, al número gratuito 800-264-0014, TTY 711 o al 800-735-1232. También puede presentar una queja ante la OHA o los defensores del pueblo. Puede comunicarse con la OHA en el 1-800-273-0557 o con los defensores del pueblo al 1-877-642-0450.

O bien,

escriba a:

Advanced Health Complaints
289 La Clair Street, Coos Bay, OR 97420. 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 motivos por los 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 su salud lo requiera. Eso 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 a partir de la recepción de la queja explicándole qué es lo que haremos.

Si no está satisfecho con la forma en que tratamos su queja, puede informarlo a la Unidad de Servicio al Cliente de OHP llamando al 1-800-273-0557 o comunicándose con el Programa de defensores del pueblo de la OHA. Los defensores del pueblo son defensores de los miembros de OHP y harán todo lo posible por ayudarlo. Envíe un correo electrónico a 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 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. Eso 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. Eso se llama apelación porque usted está apelando nuestra decisión.

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

1	**Pida una apelación.** Debe pedirla en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación. Llame o envíe un formulario.
2	**Espere nuestra respuesta.** Tenemos 16 días para responder. ¿Qué pasa si necesito una respuesta más rápida? Puede solicitar una apelación rápida.
3	**Lea nuestra decisión.** ¿Aún no está de acuerdo? Puede pedirle al estado que la revise. Esto se llama audiencia.
4	**Pida una audiencia.** Debe pedirla 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 (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 el formulario o la solicitud por escrito por correo a **Advanced Health, 289 La Clair Street, Coos Bay OR 97420**

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

¿Quién puede pedir una apelación?
Usted o alguien con autorización por escrito para hablar en su nombre. 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.

Para respaldar su apelación, tiene derecho a:

- Dar información y testimonio personalmente o por escrito.
- Presentar argumentos de hecho y de derecho personalmente o por escrito.

Debe hacerlo en los plazos de apelación que se listan abajo.

¿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. Eso también se llama apelación urgente. Llámenos o envíe el formulario de solicitud por fax. 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 funcionamiento. Lo llamaremos y le enviaremos una carta, en un plazo de 1 día hábil, para avisarle que recibimos su solicitud de apelación rápida.

	¿Cuánto tarda una apelación rápida? Si obtiene una apelación rápida, tomaremos nuestra decisión tan pronto como su salud lo requiera, 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. Si lo solicita o si necesitamos más tiempo, podemos extender el plazo hasta 14 días. 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 será una apelación estándar y debe resolverse en 16 días o posiblemente extenderse 14 días más. 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.
Paso 3	**Lea nuestra decisión.** 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.
Paso 4	**¿Aún no está de acuerdo? Pida una audiencia.** Tiene derecho a pedirle al estado que revise la decisión de la apelación. Eso se 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). **¿Qué pasa si necesito una audiencia más rápidamente?** Puede solicitar una audiencia rápida. Eso también se llama audiencia urgente. Use el formulario de audiencia en línea en https://bit.ly/ohp-hearing-form para solicitar una audiencia normal o una audiencia más rápida. 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. 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. Los proveedores no deberían negar un servicio. Tienen que preguntarle a Advanced Health si puede obtener la aprobación para un servicio. Si su proveedor dice que no puede recibir un servicio o que tendrá que pagarlo, 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 su apelación, puede solicitar una revisión al estado. Esto se llama audiencia. Para solicitar una audiencia, llame al estado al 800-273-0557 (TTY 711) o use el formulario de audiencia en línea en https://bit.ly/ohp-hearing-form.
¿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 consejería 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 sobre ayuda legal gratuita 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, usted o su representante autorizado, con permiso por escrito, puede pedirnos que lo continuemos durante el proceso de apelación y audiencias.

Debe pedirlo en un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso o antes de la fecha en que esta decisión entre en vigor, lo que suceda después. Puede preguntar por teléfono, carta o fax.

- Puede llamarnos al 541-269-7400 (TTY 711).
  O bien,
- Usar el formulario 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.
- **Responder "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, OR, 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 su salud lo requiera. 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 listan arriba. Puede llamar al Servicio al Cliente al 541-269-7400 (TTY 711) para obtener más información. También puede llamar a Medicare al 800-633-4227 o 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 (TTY 711) para pedir copias gratuitas de toda la documentación que se usó para tomar la decisión.

Palabras que debe saber

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

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. Eso se llama presentar una apelación.

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

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, una residencia de atención de largo plazo o en su casa con atención médica en casa.

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.

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

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.

Atención preventiva o prevención: Atención médica que lo ayuda a estar bien. Por ejemplo, recibir la vacuna de la gripe o hacerse un chequeo cada año.

Cobertura de medicamentos con receta: Seguro o plan médico que ayuda a pagar los medicamentos.

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

Condición médica de emergencia: Enfermedad o lesión que necesita atención inmediata. Puede ser un sangrado incontrolable, dolor intenso o fracturas. 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.

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

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.

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.

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. Se describen las opciones sobre la atención que quiere y no quiere recibir. 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. Eso solo aplica para Medicare y seguros médicos privados.

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

Denunciante: Persona que denuncia gastos excesivos, fraude, despilfarro, corrupción o riesgos para la salud y la seguridad públicas.

Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT): El programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) ofrece servicios de atención médica integral y preventiva a personas menores de 21 años que tienen cobertura del Oregon Health Plan (OHP). El EPSDT presta servicios de EPSDT médicamente necesarios y médicamente adecuados cubiertos por Medicaid para tratar cualquier condición de salud física, dental, de la vista, del desarrollo, nutricional y de salud mental y conductual. La cobertura de EPSDT incluye todos los servicios que el Oregon Health Plan (OHP) cubre, cuando el EPSDT es médicamente necesario y médicamente adecuado para la persona que lo recibe.

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

Directivas anticipadas: 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 usted no puede hacerlo.

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

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.

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.

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

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.

Evaluación de riesgos médicos: Encuesta sobre la salud de un miembro. 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.

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

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

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.

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

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

Médicamente necesario: 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.

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

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

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 una zona o región del estado.

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

POLST: Órdenes médicas para el tratamiento de soporte vital (POLST). Formulario que puede usar para asegurarse de que los proveedores médicos cumplan sus deseos de atención cerca del final de la vida.

Prima: El costo del seguro.

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

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.

Proveedor fuera de la red: Un proveedor que no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no paga para que los miembros puedan consultarlo. Debe obtener aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red.

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.

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

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

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

Remisión: Una remisión es una orden escrita de su proveedor en la que se indica la necesidad de un servicio. Consulte con su proveedor para obtener una remisión.

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.

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

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.

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*.

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

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.

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

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

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: Cuando la operación o el tratamiento se hace en un hospital y después se da el alta.

Servicios médicos: Servicios que recibe de un médico.

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

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.

Suicidio: Acción de quitarse la vida.

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

Trabajador de la salud tradicional (THW): Trabajador de salud pública que trabaja con proveedores de atención médica para prestar 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 de la salud de la comunidad
- Especialista en bienestar de pares
- Coordinador de salud personal
- Especialista en apoyo de pares
- Comadrona
- Trabajadores de la salud tradicionales tribales

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. Eso se 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.

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.