



Organización de Atención Coordinada (CCO) PacificSource Community Solutions

Su Cobertura del Plan de Salud de Oregon

Columbia Gorge

Para miembros que viven en los condados de Hood River y Wasco.

Actualizado el 01 de enero del 2025



Ayúdenos a mejorar este manual

¡El OHP quiere conocer su opinión! Queremos asegurarnos de que usted tenga la información que necesita. Sus comentarios pueden ayudar a PacificSource Community Solutions y al OHP a mejorar los manuales del miembro.



ESCANEE PARA
LA ENCUESTA

¡Responda a una encuesta sobre este manual! Escanee el código QR o visite www.surveymonkey.com/r/tellOHP para responder algunas preguntas.

Actualizaciones del manual

PacificSource Community Solutions envía un manual por correo a los miembros del plan que recién se inscriban o reinscriban. Aquí puede consultar la versión más reciente del manual: <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-handbook>. Si usted necesita ayuda o tiene alguna duda, llame al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY 711). Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Primeros pasos:

Le enviaremos una encuesta de salud para ayudar a PacificSource Community Solutions a saber cómo podemos apoyarle. Le preguntaremos sobre sus necesidades de salud física, dental, social y del comportamiento. Consulte la sección “Encuesta sobre su salud” para obtener más información sobre esta encuesta.

Usted puede responder y enviar la encuesta mediante alguna de las siguientes maneras:

- Teléfono: 888-970-2507
- Fax: 541-385-3123
- Correo postal: PacificSource Community Solutions
Health Assessment Processing Center
PO Box 5703
Hopkins, MN 55343
- Email: MedicaidMSS@pacificsource.com

Consejos útiles

Usted puede ver algunas respuestas a preguntas frecuentes o aclarar sus dudas aquí: <https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/client-questions.aspx>

Algunos miembros de PacificSource Community Solutions pueden obtener beneficios adicionales, como el servicio de transporte para acudir a sus consultas, los servicios flexibles, la Línea de Enfermería las 24 Horas del Día y ayuda para dejar de fumar. Llame a PacificSource Community Solutions para obtener más información.

Consulte las definiciones de palabras útiles que aparecen al final del manual.

Si lo que busca es:

- Beneficios - Consulte la sección “Sus beneficios”.
 - Proveedores de atención primaria - Consulte la sección “Proveedores de atención primaria (PCP)”.
 - Autorizaciones previas y referencias a especialistas - Consulte la sección “Cómo obtener una autorización previa”.
 - Derechos y responsabilidades - Consulte la sección “Derechos y responsabilidades”.
 - Servicio de transporte a sus consultas - Consulte la sección “Transporte gratuito para acudir a sus consultas”.
 - Coordinación de cuidados - Consulte la sección “Obtenga ayuda para organizar sus cuidados con la Coordinación de los Cuidados”.
 - Medicamentos de prescripción - Consulte la sección “Medicamentos de prescripción”.
 - Cuidados de emergencia - Consulte la sección “Cuidados de emergencia”.
 - Cuánto tiempo tarda recibir los cuidados - Consulte la sección “Cuánto tiempo tarda recibir los cuidados”.
 - Quejas y apelaciones - Consulte la sección “Quejas, Apelaciones y Audiencias Imparciales”.
- Siempre lleve con usted sus tarjetas de ID del OHP y de PacificSource Community Solutions.
 - Nota: Las tarjetas le llegarán por separado y usted recibirá su tarjeta de ID del OHP antes que su tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions.

Usted puede encontrar su tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions en el paquete de bienvenida que recibió con este manual del miembro. Su tarjeta de ID contiene la siguiente información:

- Su nombre
 - Su número de ID
 - La información de su plan
 - El nombre y la información de su proveedor de atención primaria (PCP)
 - El teléfono del departamento de Servicio al Cliente
 - El teléfono del servicio de ayuda con el idioma
- Mi proveedor de atención primaria es _____
 - Su número de teléfono es _____
 - Mi dentista de atención primaria es _____
 - Su número de teléfono es _____

- Otros de mis proveedores de servicios de salud son _____
 - Su número de teléfono es _____
- El servicio de transporte gratuito para acudir a mis consultas (casos de no emergencia) es _____
 - Su número de teléfono es _____

Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos

Todas las personas tienen el derecho de conocer los programas y servicios de PacificSource Community Solutions. Todos los miembros tienen el derecho de saber cómo utilizar nuestros programas y servicios.

Ofrecemos la siguiente ayuda sin costo:

- Intérpretes del lenguaje de señas
- Intérpretes certificados de lenguaje hablado
- Documentos escritos en otros idiomas
- Sistema Braille
- Letra más grande
- Audio y otros formatos

Usted puede obtener información en otro idioma o formato.

Usted o su representante pueden recibir documentos como este manual o los avisos de su CCO en otro idioma, en una letra más grande, en sistema Braille o en el formato que usted prefiera. Todos los formatos tienen la misma información. Usted recibirá dichos documentos en un plazo de 5 días a partir de la fecha en que los solicite. Esta ayuda es sin costo. Algunos ejemplos de estos documentos incluyen:

- Este manual
- Una lista de medicamentos cubiertos

- Una lista de proveedores
- Cartas y notificaciones, tales como avisos sobre quejas, denegaciones y apelaciones

No le negaremos ni limitaremos el uso de los beneficios, las quejas, las apelaciones o las audiencias por el hecho de que usted necesite otro idioma o formato.

PacificSource Community Solutions puede enviarle los documentos por email.

Para solicitar los documentos, envíe un email a CommunitySolutionsCS@PacificSource.com o inicie una sesión para chatear con nosotros electrónicamente en Intouch.PacificSource.com/Miembros/Cuenta/SignIn.

Usted puede obtener una copia de este manual del miembro en nuestro sitio web:

<https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-handbook>. Si usted necesita ayuda o tiene alguna duda, llame al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135.

Usted puede solicitar un intérprete.

Usted, su representante, los miembros de su familia y sus cuidadores pueden solicitar la ayuda de un intérprete certificado y calificado en temas del cuidado de la salud.

Usted también puede solicitar la ayuda de intérpretes escritos (traductores), intérpretes del lenguaje de señas o apoyos y servicios auxiliares. Estos servicios son gratuitos.

Awise al personal del consultorio de su proveedor si usted necesitará un intérprete durante su visita. Dígales qué idioma o formato necesita. Obtenga más información sobre los intérpretes certificados en temas de salud en Oregon.gov/OHA/EI.

Si usted necesita ayuda, llámenos al 800-431-4135 (TTY 711) o llame al departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 (TTY 711).

Si usted necesita la ayuda de un intérprete y PacificSource Community Solutions no le proporciona uno, llame al coordinador estatal del Programa de Servicios de Acceso Lingüístico al 844-882-7889, TTY 711 o envíe un email a:

LanguageAccess.Info@odhsoha.oregon.gov.

Inglés

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. Llame al 800-431-4135 o por TTY 711. We accept all relay calls.

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

Español

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 departamento de

Servicio al Cliente al 800-431-4135 o TTY 711.
Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

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

Ruso

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. 800-431-4135 или TTY 711. Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи.

Вы можете получить помощь от аккредитованного и квалифицированного медицинского переводчика.

Vietnamita

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 800-431-4135 hoặc TTY (Đường dây Dành cho Người Khiếm thính hoặc Khuyết tật về Phát âm) TTY 711. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

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

Árabe

يمكنكم الحصول على هذا وثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل أو حسب الصيغة المفضلة لديكم. كما يمكنكم طلب مترجم

أو المبرقة 800-431-4135 شفهي. إن هذه المساعدة مجانية. اتصلو على
.. نستقبل المكالمات المحولة TTY: 711 الكاتبة

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 800-431-4135
ama TTY 711. Waa aqbalnaa wicitaanada gudbinta.

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

Chino simplificado

您可获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好的
的格式版本。您还可要求提供口译员服务。本帮助免费。
致电 800-431-4135 或 TTY 711。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。

Chino tradicional

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 800-431-4135 或聽障專線 TTY 711。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。

Coreano

이문서은 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 받아보실 수 있습니다. 통역사를 요청하실 수도 있습니다. 무료 지원해 드립니다. 800-431-4135 또는 TTY 711 에 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다.

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

Chuukés

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 800-431-4135 ika TTY 711. Kich mi etiwa ekkewe keken relay.

-

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

Ucraniano

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 800-431-4135 або телетайпу TTY 711. 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 ترجمه‌ی دیگری دریافت کنید. می‌توانید مترجم شفاهی نیز درخواست کنید. این کمک رایگان است. با 800-431-4135 یا TTY 711 تماس بگیرید. تماس‌های رله را می‌پذیریم.

-

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

Suajili

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 800-431-4135 ika TTY 711. Kich mi etiwa ekkewe keken relay.

-

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

Birmanano

ဤစာကို အချားဘာသာစကားမ်း၊ ပုံ့ဝိဗ္ဗာလုံးဟုကီး၊
မ်ကျမဗ္ဗ်းအတြက တောရးလု သိုမဟုတု သပ္ပိမိုးဝိဗ္ဗည့
ပုံစံုဖုဝု ရယူနိဌါသည့။ သည့ စကားုပန္တစဉ်းလည့း
ောတုးဆိုနိဌါသည့။ ဤအကူအညီသည့ အခမဲ့ုဖစွါသည့။
800-431-4135 သိုမဟုတု TTY 711 ကို ဖုနးဆက္ျိ။
ထပ္ပုဝုေခေုဆိုမးမ်းကို ကြေးုပိမ္မိ လက္ခါသည့။

-

သင့်ည သင့်နားဆင့်လကွတုရင့် အရည့်ငင့်ိုသည့်
က်နားမာေးရး စောင့်ော့ကွ; စကားပုပန်မလည့်
အကူအညီရယူနိုင်ပါသည်။

Amháríco

ይህንን ደብዳቤ በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትልቅ ህትመት፣ በብሬይል ወይም እርሶ በሚመርጡት መልኩ ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም አስተርጓሚ መጠየቅም ይችላሉ። ይህ ድጋፍ የሚሰጠው በነጻ ነው። ወደ 800-431-4135 ወይም TTY 711 ይደውሉ። የሪሌይ ጥሪዎችን እንቀበላለን።

Rumano

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 800-431-4135 sau TTY 711. Acceptăm apeluri adaptate persoanelor surdomute.

-

Puteți obține ajutor din partea unui interpret de îngrijire medicală certificat și calificat.

Nuestra política de no discriminación

La ley prohíbe la discriminación. PacificSource Community Solutions debe cumplir con las leyes estatales y federales sobre los derechos civiles. No podemos tratar injustamente a las personas (miembros actuales o potenciales) en cualquiera de nuestros programas o actividades debido a su:

- Edad
- Discapacidad
- Origen nacional, idioma principal y dominio del idioma inglés
- Raza
- Religión
- Color
- Sexo, características sexuales, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales
- Embarazo u otras condiciones relacionadas
- Estado de salud o necesidad de recibir servicios

Si usted cree que ha recibido un trato injusto debido a alguna de las razones anteriores, puede presentar una queja o inconformidad.

Presente una queja ante PacificSource Community Solutions de cualquiera de estas formas:

- Teléfono: Llame a nuestro Coordinador de la Sección 1557 al teléfono 800-431-4135 (TTY 711)
- Fax: 541-322-6424
- Correo postal: PacificSource Community Solutions
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 5729
Bend, OR 97708
- Email: newappeal@pacificsource.com
- Sitio web:

<https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-documents-and-forms>

Usted puede obtener más información sobre nuestro proceso de quejas en <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/complaints-and-appeals>.

Si usted tiene una discapacidad, PacificSource Community Solutions le ofrece los siguientes tipos de ayuda sin costo:

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

Si usted necesita ayuda con el idioma, PacificSource Community Solutions le ofrece los siguientes tipos de ayuda sin costo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

¿Necesita ayuda para presentar una queja? ¿Necesita ayuda con el idioma u otras modificaciones razonables? Llame al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 o 541-330-2507 (sin costo al 888-970-2507) para hablar con un compañero especializado en bienestar o un asesor de salud personal. Usted también tiene el derecho de presentar una queja ante cualquiera de estas organizaciones:

Derechos Civiles de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA)

- Teléfono: 844-882-7889, TTY 711
- Sitio web: www.oregon.gov/OHA/EI
- Email: 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 del Bureau of Labor and Industries

- Teléfono: 971-673-0764
- Sitio web: <https://www.oregon.gov/boli/civil-rights/>
- Email: BOLI_help@boli.oregon.gov
- Correo postal: Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division
800 NE Oregon St., Suite 1045
Portland, OR 97232

Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

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

Protegemos la privacidad de su información

Solamente compartiremos sus registros con las personas que necesiten tener acceso a ellos. Esto podría ser por motivos de tratamiento o de pago. Usted puede limitar quién tiene permiso de acceder a sus registros. Díganos por escrito si no quiere que alguien vea sus registros o si quiere que compartamos sus registros con alguien en particular. También puede solicitar que le proporcionemos una lista de las personas con quienes hemos compartido sus registros.

Si desea que compartamos sus registros e información con otros, por favor llene el Formulario de Autorización de Uso o Divulgación de la Información Protegida sobre la Salud. Visite <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-documents-and-forms> para obtener el formulario.

Por favor envíe el formulario a:

PacificSource Community Solutions
PO Box 5729
Bend, OR 97708

Si usted no desea que alguien tenga acceso a sus registros, por favor utilice el Formulario de Solicitud para Restringir el Acceso a la Información sobre mi Salud. Visite <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-documents-and-forms> para obtener el formulario o envíe un email a CommunitySolutionsCS@pacificsource.com.

Hay una ley llamada Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) que protege sus registros médicos y la privacidad de esos registros. Esto también se llama confidencialidad. Tenemos un documento llamado Aviso de Prácticas de Privacidad que explica cómo utilizamos la información personal de nuestros miembros. Podemos enviarle ese documento si usted lo solicita. Sólo tiene que llamar al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY 711) y solicitar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. También puede consultarlo en <https://pacificsource.com/privacy-policy>.

Registros de salud

Un registro de salud contiene una descripción de sus padecimientos de salud y los servicios que usted ha utilizado. También indica si lo hemos referido con algún especialista o servicio.

¿Qué puede hacer usted con sus registros de salud?

- Solicitar que enviemos sus registros a otro proveedor de salud.
- Solicitar que arreglemos o corrijamos sus registros.
- Obtener una copia de sus registros, incluyendo los siguientes (entre otros):
 - Registros médicos de su proveedor de atención primaria
 - Registros dentales de su proveedor de cuidados dentales
 - Registros de PacificSource Community Solutions

Se le puede cobrar una cuota razonable si usted solicita una copia de sus registros.

En ocasiones, es posible que la ley restrinja el acceso a sus registros de salud.

Las notas de psicoterapia y los registros preparados para casos ante un tribunal no pueden compartirse.

Los proveedores de servicios de salud tampoco pueden compartir los registros cuando, según su criterio profesional, esto pudiera causar un perjuicio sustancial a usted o a otra persona.

Si un proveedor le niega a usted o a su representante autorizado copias de sus registros médicos, deberá informarle por escrito. El aviso debe explicarle por qué se negó la solicitud y explicarle sus derechos para que otro proveedor examine la

denegación. El aviso también le indicará cómo presentar una queja ante el proveedor o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

Contenido del manual

<i>Ayúdenos a mejorar este manual</i>	1
Actualizaciones del manual	1
Primeros pasos:.....	1
Consejos útiles.....	1
Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos.....	3
<i>Usted puede obtener información en otro idioma o formato</i>	3
<i>Usted puede solicitar un intérprete</i>	4
Nuestra política de no discriminación	11
Protegemos la privacidad de su información	12
Registros de salud	13
¡Bienvenido a PacificSource Community Solutions!	19
<i>Cómo colaboran el OHP y PacificSource Community Solutions</i>	19
Póngase en contacto con nosotros.....	22
<i>Números de teléfono importantes</i>	22
<i>Póngase en contacto con el Plan de Salud de Oregon</i>	25
Sus derechos y responsabilidades	25
<i>Sus derechos como miembro del OHP</i>	26
<i>Sus responsabilidades como miembro del OHP</i>	28
Miembros indios americanos y nativos de Alaska	30
Miembros nuevos que requieran servicios de inmediato	31
Proveedores de atención primaria (PCP)	31
<i>Proveedores de la red</i>	33
<i>Directorio de Proveedores</i>	33
<i>Programe una cita</i>	34
<i>Si usted no puede acudir a su cita</i>	34
<i>Cómo cambiar a su PCP</i>	35
<i>Cambios en los proveedores de PacificSource Community Solutions</i>	35
Segundas opiniones	35
Encuesta sobre su salud.....	35
Miembros en estado de embarazo.....	37
La importancia de prevenir los problemas de salud.....	38
Obtenga ayuda para organizar sus cuidados con la Coordinación de los Cuidados	38
Sus beneficios.....	41
<i>Cómo decide el Estado de Oregon lo que cubrirá el OHP</i>	41
<i>Acceso directo</i>	42
<i>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</i>	42

<i>Como obtener una autorización previa</i>	42
<i>Servicios que no necesitan una autorización previa</i>	43
<i>Referencias a proveedores y auto-referencias</i>	44
<i>Servicios que necesitan una referencia</i>	44
<i>Servicios de auto-referencia:</i>	45
<i>Descripción de los íconos de las tablas de beneficios</i>	45
<i>Beneficios de salud física</i>	46
<i>Beneficios de salud del comportamiento</i>	65
<i>Beneficios dentales</i>	68
<i>Miembros del Programa Dental para Veteranos y del Programa Dental Compact of Free Association (COFA)</i>	75
<i>Beneficios de OHP Bridge para adultos de mayores ingresos</i>	75
<i>Necesidades sociales relacionadas con la salud</i>	75
<i>Es posible que usted pueda obtener algunos o todos los beneficios de HRSN si es miembro del OHP y cumple con uno o más de los siguientes requisitos:</i>	76
<i>Servicios que paga el OHP</i>	77
<i>Objeciones morales o religiosas</i>	78
Acceso a los cuidados que usted necesita	79
<i>Cuánto tiempo tarda recibir los cuidados</i>	81
Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años	83
<i>Cobertura de EPSDT:</i>	83
<i>Ayuda para obtener los servicios de EPSDT</i>	84
<i>Pruebas y consultas de detección</i>	85
<i>Referencias, diagnóstico y tratamiento de EPSDT</i>	86
Trabajadores de salud tradicionales (THW)	87
<i>Información de contacto del Enlace de THW:</i>	88
Servicios adicionales	89
<i>Servicios relacionados con la salud</i>	89
Transporte gratuito para acudir a sus consultas	91
<i>Solicite el servicio de transporte</i>	92
<i>Lo que usted puede esperar cuando llame</i>	92
<i>Horario de recolección</i>	93
<i>Usted tiene derechos y responsabilidades como pasajero:</i>	94
<i>Para cancelar o cambiar su servicio de transporte</i>	94
<i>Si usted no se presenta</i>	94
<i>Guía del Usuario</i>	95
Cómo recibir cuidados por vídeo o teléfono	96
<i>Cómo encontrar proveedores de telesalud</i>	96
<i>Cuándo utilizar el servicio de telesalud</i>	97
<i>Las consultas de telesalud son privadas</i>	97
<i>Usted tiene el derecho de:</i>	97
Medicamentos de prescripción	98

<i>Medicamentos de prescripción cubiertos</i>	99
<i>Cómo solicitar que PacificSource Community Solutions cubra los medicamentos de prescripción</i>	99
<i>Farmacia de entrega a domicilio</i>	99
<i>El OHP paga los medicamentos para la salud del comportamiento</i>	100
<i>Cobertura de medicamentos de prescripción para miembros con Medicare</i>	100
<i>Cómo obtener sus medicamentos de prescripción antes de un viaje</i>	101
Hospitales	101
Cuidados urgentes.....	101
<i>Cuidados urgentes de salud física</i>	102
<i>Centros de cuidados urgentes y clínicas sin previa cita en el área de PacificSource Community Solutions:</i>	102
<i>Cuidados dentales urgentes</i>	103
Cuidados de emergencia	103
<i>Emergencias de salud física</i>	103
<i>Emergencias dentales</i>	104
<i>Emergencias y crisis de salud del comportamiento</i>	104
<i>Prevención del suicidio</i>	107
<i>Cuidados de seguimiento después de una emergencia</i>	108
Cuidados lejos del hogar	108
<i>Cuidados previamente planeados fuera del estado</i>	108
<i>Cuidados de emergencia lejos del hogar</i>	109
Facturas de servicios	110
<i>Los miembros del OHP no pagan las facturas de los servicios cubiertos</i>	110
<i>Si su proveedor le envía una factura, no la pague.</i>	110
<i>Es posible que usted tenga que pagar algunos servicios</i>	111
<i>Es posible que el proveedor le pida que firme un formulario de Acuerdo de Pago</i>	112
<i>Facturas por cuidados de emergencia lejos del hogar o fuera del estado</i>	114
<i>Consejos importantes sobre el pago de los servicios y las facturas</i>	114
Miembros con OHP y Medicare	116
Cambio de CCO y transferencia de los cuidados	117
<i>Usted tiene el derecho de cambiar de CCO o de darse de baja de una CCO.</i>	117
<i>Cómo cambiar de CCO o darse de baja de su CCO</i>	119
<i>PacificSource Community Solutions puede pedirle que se dé de baja por algunos motivos</i>	120
<i>Cuidados de salud mientras usted cambia de CCO o se da de baja de su CCO</i>	121
<i>Si usted necesita recibir los mismos cuidados mientras cambia de planes</i>	121
Decisiones sobre el final de la vida.....	123
<i>Directrices avanzadas</i>	123
<i>¿Cuál es la diferencia entre una orden POLST y una directriz avanzada?</i>	125

<i>Declaración Sobre el Tratamiento de Salud Mental</i>	<i>126</i>
Cómo reportar el fraude, desperdicio y abuso	127
<i>Cómo reportar un caso de fraude, desperdicio y abuso</i>	<i>128</i>
Quejas, apelaciones y audiencias imparciales	129
<i>Usted puede presentar una queja</i>	<i>129</i>
<i>Usted puede pedirnos que cambiemos una decisión que hayamos tomado. A eso se le llama presentar una apelación.</i>	<i>131</i>
<i>Más información sobre los pasos para solicitar una apelación o una audiencia..</i>	<i>133</i>
<i>Preguntas y respuestas sobre las apelaciones y audiencias.....</i>	<i>135</i>
Palabras que usted debe saber	138

¡Bienvenido a PacificSource Community Solutions!

Nos alegramos de que usted sea parte de PacificSource Community Solutions. PacificSource Community Solutions se complace en ayudarlo a cuidar de su salud. Queremos proporcionarle la mejor atención posible.

Es importante que usted sepa cómo utilizar su plan. Este manual incluye información sobre nuestra compañía, cómo recibir cuidados médicos y cómo aprovechar al máximo sus beneficios.

Cómo colaboran el OHP y PacificSource Community Solutions

El Plan de Salud de Oregon (OHP) es una cobertura de salud gratuita para los residentes de Oregon. El OHP es el programa de Medicaid de Oregon. Este plan cubre los servicios de salud física, dental, social y del comportamiento. El OHP también cubre los medicamentos de prescripción y los traslados para recibir cuidados de salud.

El OHP tiene planes de salud locales que le ayudan a usar sus beneficios. Los planes se llaman organizaciones de atención coordinada o CCO. PacificSource Community Solutions es una organización de atención coordinada (CCO). PacificSource Community Solutions atiende a los miembros que viven en los condados de Hood River y Wasco.

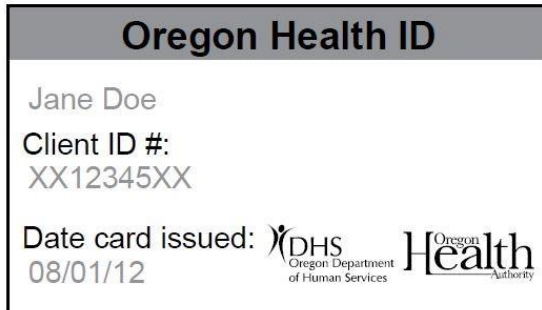
Colaboramos con otras organizaciones para ayudar a administrar algunos de sus beneficios, como por ejemplo los beneficios dentales y el servicio de transporte para acudir a sus consultas. Para conocer la lista completa de las organizaciones y los servicios que ofrecen, consulte la sección “Póngase en contacto con nosotros”.

Las CCO organizan y pagan el cuidado de su salud. Pagamos a los médicos o proveedores de distintas formas para mejorar la atención que usted recibe. Esto ayuda a garantizar que los proveedores se concentren en mejorar su salud en general. Usted tiene el derecho de preguntar cómo pagamos a los proveedores médicos. Los pagos o incentivos que damos a los proveedores no cambiarán sus cuidados médicos ni la manera en que usted recibe los beneficios. Para obtener más información, llame al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY 711). Si usted solicita esta información, se la enviaremos dentro de un plazo de 5 días hábiles.

Todas las CCO ofrecen los mismos beneficios del OHP. Algunas ofrecen servicios adicionales, como artículos para recién nacidos y membresías para gimnasios. Obtenga más información sobre los beneficios de PacificSource Community Solutions en las secciones “Sus beneficios” y “Servicios adicionales”.

Cuando usted se inscriba en el OHP, recibirá una tarjeta de ID del Plan de Salud de Oregon. Usted recibirá la tarjeta por correo junto con la carta de cobertura. Cada miembro de su hogar que esté inscrito en el OHP recibirá una tarjeta de ID.

Este es un ejemplo de una tarjeta de ID del Plan de Salud de Oregon:



Cuando usted se inscriba en una CCO, también recibirá una tarjeta de ID de la CCO. Esta tarjeta es muy importante. La tarjeta comprueba que usted es socio de PacificSource Community Solutions e incluye otra información, incluyendo números de teléfono importantes. El nombre de su proveedor de atención primaria (PCP) también aparece en su tarjeta de ID.

Este es un ejemplo de una tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions:



Asegúrese de mostrar su tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions cada vez que acuda a una consulta o a la farmacia.

Su carta de cobertura y la tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions le indicarán en cuál CCO usted está inscrito. También le indicarán qué nivel de atención cubre su plan de la CCO. Consulte su tarjeta de ID y la siguiente tabla para averiguar qué tipos de cuidados se cubren.

CCO u OHA: ¿Quién organiza y paga sus cuidados?			
Tipo de cobertura	Salud física	Salud dental	Salud del comportamiento
CCO-A	PacificSource Community Solutions	PacificSource Community Solutions	PacificSource Community Solutions
CCO-B	PacificSource Community Solutions	OHA	PacificSource Community Solutions
CCO-E	OHA	OHA	PacificSource Community Solutions
CCO-F* (COFA y Veteranos)	No está cubierto	PacificSource Community Solutions	No está cubierto
CCO-F* (miembros con beneficios completos del OHP)	OHA	PacificSource Community Solutions	OHA
CCO-G	OHA	PacificSource Community Solutions	PacificSource Community Solutions
Tarjeta abierta**	OHA	OHA	OHA

*La cobertura CCO-F incluye a los miembros de la OHA cuyos beneficios dentales son administrados por una CCO y los demás beneficios de la OHA son administrados a través de la OHA (también llamados servicios de “tarjeta abierta”). Algunos miembros de la CCO-F, tales como COFA y los veteranos, sólo tienen beneficios dentales y no tienen otros beneficios de la OHA.

**Los servicios de tarjeta abierta también se conocen como servicios recibidos a cambio de una cuota.

Obtenga más información sobre cómo organizar sus cuidados en la sección “Coordinación de los cuidados” o averigüe cuáles beneficios se cubren en la sección “Sus beneficios”.

Póngase en contacto con nosotros

El Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions está abierto:

- 1 de octubre al 31 de enero: 7 días de la semana, 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- 1 de febrero al 30 de septiembre: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

No laboramos el Día de Año Nuevo (01/01/25), el Día Conmemorativo (05/26/25), el Día de la Independencia (07/04/25), el Día del Trabajo (09/01/25), el Día de Acción de Gracias (11/27/25), el viernes siguiente al Día de Acción de Gracias (11/28/25) y el Día de Navidad (12/25/25).

Si PacificSource Community Solutions tiene que cerrar sus oficinas debido a una emergencia, actualizaremos nuestro horario de operación en las redes sociales y colocaremos avisos en las puertas de acceso al público. Estos avisos y nuestras actualizaciones en las redes sociales incluirán números de teléfono para obtener ayuda.

La dirección de nuestra oficina es:

PacificSource Community Solutions
2965 NE Conners Avenue
Bend, OR 97701

Llame al teléfono sin costo: 800-431-4135 (también podemos responder en otros idiomas) o TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.
Fax: 541-322-6423.

En línea: <https://pacificsource.com/medicaid>

Dirección postal:

PacificSource Community Solutions
PO Box 5729
Bend, OR 97708-5729

Números de teléfono importantes

- **Beneficios y cuidados médicos**

Llame al Departamento de Servicio al Cliente: 800-431-4135, TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Horario:

- 1 de octubre – 31 de enero, 7 días de la semana, 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- 1 de febrero – 30 de septiembre, 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**

PacificSource Community Solutions y CVS Caremark

Llame al Departamento de Servicio al Cliente: 800-431-4135 (TTY: 711).

Horario:

- 1 de octubre – 31 de enero, 7 días de la semana, 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

- 1 de febrero – 30 de septiembre, lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Obtenga más información en la sección “Medicamentos de prescripción”.
- Beneficios y cuidados de salud del comportamiento, dependencia a las drogas o al alcohol y trastornos de uso de sustancias nocivas

Condado de Hood River

Mid-Columbia Center for Living
1610 Woods Ct.
Hood River, OR 97031

Llame las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O llame al 911.
541-386-2620 Local
8:30 a.m. – 5:00 p.m., lunes a viernes

Casos de Crisis:

Equipo de Crisis: 888-877-9147
Línea de Mensajes de Texto para Casos de Crisis: envíe la palabra “home” al 741741
Línea para Adolescentes de Oregon: 877-968-8491

Condado de Wasco

Mid-Columbia Center for Living
1060 Webber St.
The Dalles, OR 97058

541-296-5452 Local
8:30 a.m. – 5:00 p.m., lunes a viernes

Casos de Crisis:

Equipo de Crisis: 888-877-9147 o 988
Línea de Mensajes de Texto para Casos de Crisis: envíe la palabra “home” al 741741
Línea para Adolescentes de Oregon: 877-968-8491

Casos de Crisis en Portland:

Línea para Casos de Crisis en el Condado de Multnomah: 503-988-4888
Línea para Casos de Crisis en el Condado de Clackamas: 503-655-8585
Línea para Casos de Crisis en el Condado de Washington: 503-291-9111
Línea para Casos de Crisis en el Condado de Clark: 800-686-8137

Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions: 800-431-4135 (TTY: 711). Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.
Horario: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Obtenga más información en la sección “Beneficios de salud del comportamiento”.

- Beneficios y cuidados dentales
Los beneficios dentales de PacificSource son provistos a través de nuestros planes asociados de cuidados dentales, mismos que se conocen como Organizaciones de

Cuidados Dentales (DCOs). PacificSource colabora con tres planes de cuidados dentales: Llame a la DCO enlistada en la carta de bienvenida que recibió con su tarjeta de ID del miembro para averiguar cuál es el dentista con quien usted debe acudir para recibir cuidados. Si usted desea cambiar de dentista, solicite el cambio cuando llame a la DCO. Si ellos no pueden ayudarle o si usted desea cambiar de DCO, llame al Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource.

Servicio al Cliente de Advantage Dental Services:

866-268-9631 Sin costo (atención 24/7 para emergencias dentales)

TTY: 711

<https://www.AdvantageDentalServices.com>

Servicio al Cliente de Capitol Dental Care:

800-525-6800 Sin costo (atención 24/7 para emergencias dentales)

TTY: 711

<http://www.InterDent.com/CapitolDentalCare/>

Servicio al Cliente de ODS Community Dental:

800-342-0526 Sin costo

TTY: 711

<http://ODSCommunityDental.com>

Obtenga más información en la sección “Beneficios dentales”.

- **Beneficios y cuidados de la vista**

Servicio al cliente al teléfono 800-431-4135 (TTY: 711). Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Fax: 541-322-6423

Horario:

- 1 de octubre – 31 de enero, 7 días de la semana, 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- 1 de febrero – 30 de septiembre, lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Obtenga más información en la sección “Beneficios de salud física”.

- **Transporte sin costo a sus consultas de salud física, dental o del comportamiento**

Usted puede utilizar el servicio de transporte gratuito para acudir a sus consultas de salud física, dental o del comportamiento. Llame a ModivCare al 855-397-3617 para solicitar el servicio de transporte. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711.

Horario: lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. Es posible que el proveedor del servicio de transporte no opere en los siguientes días festivos: Día de Año Nuevo, Día Conmemorativo, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Día de Navidad. Si el día festivo cae en sábado, se celebra el viernes anterior. Si el día festivo cae en domingo, se celebra el lunes siguiente.

Obtenga más información en la sección “Transporte gratuito para acudir a sus consultas”.

Póngase en contacto con el Plan de Salud de Oregon

El departamento de Servicio al Cliente del OHP puede ayudarle a:

- Cambiar de dirección, número de teléfono, estatus de su hogar u otra información sobre su caso
- Reemplazar una tarjeta de ID extraviada del OHP
- Obtener ayuda para solicitar o renovar los beneficios
- Obtener ayuda local de un socio comunitario

Cómo ponerse en contacto con el departamento de Servicio al Cliente del OHP:

- Llame al: 800-699-9075 sin costo (TTY 711)
- Sitio web: OHP.Oregon.gov
- Email: Utilice el sitio de email seguro <https://secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt> para enviar un email al OHP.
 - Si tiene dudas o necesita realizar cambios en su caso del OHP, envíe un email a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.
 - Si tiene dudas sobre las CCO o sobre cómo utilizar sus beneficios médicos, envíe un email a Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov.
 - Proporcione al OHP su nombre completo, fecha de nacimiento, número de ID de Oregon Health, dirección y número de teléfono.

Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derechos como miembro de PacificSource Community Solutions. También hay responsabilidades o cosas que usted tiene que hacer cuando reciba el OHP. Si tiene alguna duda sobre estos derechos y responsabilidades, llame al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135.

Usted tiene el derecho de ejercer sus derechos como miembro sin recibir una mala respuesta ni sufrir de discriminación. Usted puede presentar una queja si cree que no se han respetado sus derechos. Obtenga más información sobre cómo presentar una queja en la sección “Quejas, Apelaciones y Audiencias Imparciales”. También puede comunicarse con un ombudsperson de la Autoridad de Salud de Oregon al teléfono 877-642-0450 (TTY 711). Puede enviarle un email seguro a través de <http://www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx>.

En ocasiones es posible que las personas menores de 18 años de edad (menores de edad) deseen o necesiten obtener servicios del cuidado de la salud por cuenta propia. Los niños de 15 años de edad y mayores pueden recibir cuidados médicos y dentales sin el consentimiento de sus padres. Para obtener más información, lea el folleto “Derechos de los Menores: Acceso y Consentimiento para el Cuidado de la Salud”. Este folleto le indica qué servicios pueden obtener los menores de edad de cualquier género por su cuenta propia y cómo pueden divulgarse sus registros de salud. Lea el

folleto en OHP.Oregon.gov. Haga clic en “Minor rights and access to care.” O visite el sitio web: <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf>

Sus derechos como miembro del OHP

Usted tiene el derecho de ser tratado de la siguiente manera

- Ser tratado con dignidad, respeto y consideración por su privacidad.
- Ser tratado por los proveedores de la misma manera que tratan a otras personas que reciben cuidados de salud
- Tener una relación estable con un equipo de cuidados que sea responsable de la administración de sus cuidados en general.
- No ser retenido por la fuerza ni alejado de otras personas porque sería más fácil:
 - Cuidar de usted,
 - Castigarle o
 - Obligarle a hacer algo que no quiera hacer.

Usted tiene el derecho de recibir esta información

- Documentos que estén en un lenguaje sencillo y en un idioma que usted pueda entender (consulte la sección “Ayuda gratuita en otros idiomas y formatos”)
- Documentos como este manual que le informen sobre las CCO y sobre cómo utilizar el sistema de salud (el Manual del Miembro es un buen recurso para esto)
- Documentos impresos que le informen sobre sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo obtener los servicios y lo que usted debe hacer en caso de una emergencia. (El Manual del Miembro es un buen recurso para esto)
- Información sobre su enfermedad, los tratamientos y las alternativas, incluyendo lo que está cubierto y lo que no. Esta información le ayudará a tomar buenas decisiones sobre sus cuidados de salud. Usted puede obtener esta información en un idioma y formato que sea mejor para usted.
- Tener un registro de salud con información sobre sus padecimientos, los servicios que recibe y las referencias a especialistas. (Consulte la sección “Registros de salud”). Usted puede:
 - Tener acceso a sus registros de salud
 - Enviar sus registros de salud a un proveedor médico.
- Recibir un aviso por escrito cuando se niegue o modifique un beneficio antes de que esto ocurra. Es posible que usted no reciba un aviso si no lo requiere la reglamentación federal o estatal.

- Recibir un aviso por escrito sobre los proveedores que ya no forman parte de la red El término "dentro de la red" se refiere a los proveedores o especialistas que trabajan con PacificSource Community Solutions. (Consulte la sección "Proveedores de atención primaria (PCP)")
- Recibir una notificación oportuna en caso de que se cancele alguna cita.

Usted tiene el derecho de recibir estos cuidados

- Cuidados y servicios enfocados en usted. Cuidados médicos que le ofrezcan opciones, independencia y dignidad. Estos cuidados se basarán en sus necesidades de salud y cumplirán con las normas de la práctica.
- Servicios que tengan en cuenta sus necesidades culturales y lingüísticas y estén cerca de donde usted vive. Usted puede recibir servicios en entornos no tradicionales si están disponibles, como por ejemplo en línea. (Consulte la sección "Cómo recibir cuidados por vídeo o teléfono")
- Coordinación de los cuidados, cuidados comunitarios y ayuda con la transición de sus cuidados de una manera que se adapte a su idioma y cultura. Esto reducirá la necesidad de tener que acudir al hospital o a una institución.
- Servicios que sean necesarios para averiguar si usted tiene un padecimiento de salud.
- Ayuda para utilizar el sistema para el cuidado de la salud. Usted puede obtener el apoyo cultural y lingüístico que necesite. (Consulte la sección "Ayuda gratuita en otros idiomas o formatos"). Esto podría incluir:
 - Intérpretes certificados o calificados en temas de salud
 - Trabajadores de salud tradicionales certificados.
 - Trabajadores de salud comunitarios.
 - Compañeros especializados en bienestar.
 - Compañeros especializados en apoyo.
 - Doulas (asistentes para el parto).
 - Asesores de salud personal.
- Ayuda del personal de la CCO, quien está capacitado en las políticas y procedimientos de la CCO.
- Servicios preventivos cubiertos. (Consulte la sección "Sus beneficios")
- Servicios urgentes y de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin necesidad de autorización o permiso. (Consulte las secciones "Cuidados urgentes" y "Cuidados de emergencia")
- Referencias a especialistas para los servicios coordinados cubiertos que sean necesarios dependiendo de su estado de salud. (Consulte la sección "Referencias a proveedores y auto-referencias")
- Apoyo adicional de un Ombudsperson del OHP. (Consulte la sección "Sus derechos y responsabilidades")

Usted tiene el derecho de hacer estas cosas

- Elegir a sus proveedores de salud y cambiar esas opciones. (Consulte la sección “Proveedores de atención primaria (PCP)”)
- Solicitar una segunda opinión. (Consulte la sección “Segundas opiniones”)
- Ser acompañado por un amigo, miembro de la familia o asistente cuando acuda a sus citas.
- Involucrarse activamente en su plan de tratamiento.
- Aceptar o rechazar los servicios. Saber lo que podría ocurrir dependiendo de su decisión. No se puede rechazar un servicio que ordene un juzgado.
- Remitirse usted mismo a los servicios de salud del comportamiento o de planificación familiar sin el permiso de un proveedor.
- Informarnos cuáles son sus deseos en relación con su tratamiento. Es decir, sus deseos de aceptar o rechazar un tratamiento médico, quirúrgico o de salud del comportamiento. También significa el derecho de tener directrices avanzadas y otorgar un poder para el cuidado de la salud, de acuerdo con ORS 127. (Consulte la sección “Directrices avanzadas”)
- Presentar una queja o una apelación y recibir una respuesta de PacificSource Community Solutions cuando haga esto. (Consulte la sección “Quejas, Apelaciones y Audiencias Imparciales”)
 - Pedir al estado que revise la decisión de PacificSource Community Solutions si usted no está de acuerdo con ella. A esto se le conoce como una audiencia.
- Recibir los servicios de intérpretes certificados o calificados en temas de salud para idiomas distintos al inglés y en lenguaje de señas. (Consulte la sección “Usted puede solicitar un intérprete”)

Sus responsabilidades como miembro del OHP

Usted debe tratar a los demás de esta manera

- Tratar con respeto al personal de PacificSource Community Solutions, a los proveedores y a los demás.
- Ser sincero con sus proveedores para que puedan ofrecerle una mejor atención.

Usted debe reportar esta información al OHP

Si usted es beneficiario del OHP, debe reportar ciertos cambios sobre usted y su hogar. Su carta de aprobación del OHP le indica qué debe reportar y cuándo.

Usted puede reportar los cambios de alguna de estas maneras:

- Utilice su cuenta ONE en línea en One.Oregon.gov para reportar los cambios en línea.

- Visite cualquier oficina del Departamento de Servicios Humanos de Oregon en Oregon. Consulte la lista de oficinas en: <https://www.oregon.gov/odhs/Pages/office-finder.aspx>
- Póngase en contacto con un socio comunitario local certificado por el OHP. Encuentre un socio comunitario en: <https://healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx>
- Llame al departamento de Servicio al Cliente del OHP en días hábiles al 800-699-9075.
- Envíe un fax al 503-378-5628
- Envíe una notificación por correo postal a: ONE Customer Service Center, PO Box 14015, Salem, OR 97309.
- Hay otros derechos y responsabilidades que usted tiene como miembro del OHP. El OHP le informó de ellos cuando usted presentó su solicitud. Usted puede encontrar una copia en <https://www.oregon.gov/odhs/benefits/pages/default.aspx>, bajo el enlace "Rights and Responsibilities (Derechos y Responsabilidades)".

Usted debe colaborar con sus cuidados de las siguientes maneras

- Elija o ayude a elegir a su proveedor de atención primaria o clínica.
- Hágase chequeos anuales, consultas de bienestar y cuidados preventivos para mantenerse saludable.
- Llegue a tiempo a sus citas. Si usted llegará tarde, llame antes o cancele la cita si no podrá llegar.
- Lleve sus tarjetas de ID médica a las citas. Avise al personal del consultorio que usted tiene el OHP y cualquier otro seguro de salud. Infórmele si usted resultó lesionado en un accidente.
- Ayude a su proveedor médico a elaborar su plan de tratamiento. Siga el plan de tratamiento y participe activamente en sus cuidados.
- Siga las instrucciones de sus proveedores médicos o pida otra opción.
- Si usted no comprende algo, haga preguntas sobre sus padecimientos, tratamientos y otras cuestiones relacionadas con el cuidado de la salud.
- Utilice la información que reciba de los proveedores y equipos médicos para tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.
- Acuda con su proveedor de atención primaria para hacerse pruebas y atender otras necesidades de salud, a menos de que se trate de una emergencia.
- Consulte a especialistas dentro de la red o acuda con su proveedor para obtener una aprobación si desea o necesita consultar a alguien que no trabaje con PacificSource Community Solutions.

- Utilice adecuadamente los servicios de urgencia o emergencia. Si usted utiliza estos servicios, informe a su proveedor de atención primaria en un plazo de 72 horas.
- Ayude a los proveedores a obtener sus registros de salud. Es posible que usted tenga que firmar un formulario de Autorización de Uso o Divulgación de la Información Protegida sobre la Salud.
- Informe a PacificSource Community Solutions si usted tiene algún problema o queja o si necesita ayuda.
- Pague los servicios que no estén cubiertos por el OHP.
- Si usted recibe dinero debido a una lesión, ayude a PacificSource Community Solutions a recibir el pago de los servicios que le hayamos proporcionado a causa de esa lesión.

Miembros indios americanos y nativos de Alaska

Los indios americanos y los nativos de Alaska tienen el derecho de elegir dónde desean recibir los cuidados de la salud. Pueden acudir con proveedor de atención primaria y con otros proveedores que no formen parte de nuestra CCO, como:

- Centros tribales de bienestar.
- Clínicas de los Servicios de Salud para Indios Americanos (IHS). Encuentre una clínica en <https://www.ihs.gov/findhealthcare/>
- Asociación de Rehabilitación de Nativos Americanos del Noroeste (NARA). Obtenga más información o encuentre una clínica en <https://www.narathwest.org>

Usted puede utilizar otras clínicas que no formen parte de nuestra red. Obtenga más información sobre las referencias a especialistas y las aprobaciones previas en la sección “Sus beneficios”.

Los indios americanos y los nativos de Alaska no necesitan una referencia ni una autorización para acudir con estos proveedores. Estos proveedores deben facturar a PacificSource Community Solutions. Solamente pagaremos los beneficios cubiertos. Si un servicio necesita ser aprobado, el proveedor debe solicitar la autorización antes de proporcionar el servicio.

Los indios americanos y los nativos de Alaska tienen el derecho de desafiliarse de PacificSource Community Solutions en cualquier momento y solicitar que el OHP pague sus cuidados a través de la modalidad de pago por servicio (FFS). Obtenga más información sobre el procedimiento para desafiliarse o cambiar de CCO en la sección “Cambio de CCO y transferencia de los cuidados”.

Si usted desea informar a PacificSource Community Solutions que usted es indio americano o nativo de Alaska, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente

del OHP al 800-699-9075 (TTY 711) o inicie una sesión en su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov para reportarlo.

Es posible que se le asigne un estatus de tribu calificada si cumple con alguna de las siguientes condiciones. Estas preguntas también se incluyen en la solicitud del OHP:

- Usted es un miembro inscrito de una tribu reconocida a nivel federal o accionista de una corporación regional de nativos de Alaska.
- Usted recibe servicios de los Servicio de Salud para Indígenas, las Clínicas de Salud Tribales o las Clínicas Urbanas para Indígenas.
- Uno de sus padres o abuelos es miembro inscrito de una tribu reconocida a nivel federal o accionista de una corporación regional de nativos de Alaska.

Miembros nuevos que requieran servicios de inmediato

Es posible que los miembros recién inscritos en el OHP o en PacificSource Community Solutions necesiten medicamentos de prescripción, suministros u otros artículos o servicios lo antes posible. Si usted no puede consultar a su proveedor de atención primaria (PCP) o a su dentista de atención primaria (PCD) durante sus primeros 30 días con PacificSource Community Solutions:

- Mientras usted espera su cita, puede llamar al área de Coordinación de los Cuidados al 888-970-2507. Ellos pueden ayudarle a obtener los cuidados de salud que usted necesita. El área de Coordinación de los Cuidados también puede ayudar a los miembros del OHP con Medicare. (Obtenga más información sobre la coordinación de los cuidados en la sección “Coordinación de los cuidados”)
 - Si usted recién se inscribió en Medicare, consulte la sección “Miembros con OHP y Medicare” para obtener más información.
- Programe una cita con su PCP lo antes posible. El nombre y teléfono de su PCP aparece en su tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions.
- Llame al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 (TTY: 711) si tiene alguna duda y desea obtener más información sobre sus beneficios. Ellos pueden ayudarle con cualquier cosa que usted necesite.

Proveedores de atención primaria (PCP)

Un proveedor de atención primaria es la persona con quien usted acude para las consultas periódicas, los medicamentos de prescripción y los cuidados de salud. Usted puede elegir uno o nosotros podemos ayudarle a elegirlo.

Los proveedores de atención primaria (PCP) pueden ser médicos, enfermeras(os) y otros profesionales. Usted tiene el derecho de elegir a un PCP dentro de la red de PacificSource Community Solutions. Si usted no elige un proveedor en un plazo de 90 días a partir de su inscripción, PacificSource Community Solutions le asignará una

clínica o elegirá a un PCP para usted. PacificSource Community Solutions le enviará una carta con la información de su proveedor y notificará a su PCP de la asignación.

Para encontrar un PCP que actualmente esté aceptando a miembros nuevos, consulte nuestro Directorio de Proveedores o póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 (TTY: 711) para obtener ayuda.

Su PCP le ayudará a mantenerse lo más sano posible. También llevará un registro de todos sus cuidados básicos y especializados. Su PCP:

- Estará familiarizado con usted y su historial médico.
- Le proporcionará cuidados médicos.
- Mantendrá actualizados sus registros médicos y en un mismo lugar.

Su PCP le referirá con un especialista o lo ingresará a un hospital si es necesario.

Cada miembro de su familia inscrito en el OHP debe elegir un PCP. Cada persona puede tener un PCP distinto.

No olvide comunicarse con PacificSource Community Solutions si necesita un dentista, un proveedor de salud mental o una farmacia. Obtenga más información sobre cómo encontrar un proveedor en la sección del Directorio de Proveedores que aparece más abajo.

Para encontrar un proveedor de salud mental que actualmente acepte nuevos miembros, consulte nuestro Directorio de Proveedores o póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Cliente llamando al 800-431-4135 (TTY: 711) para obtener ayuda.

Para buscar una farmacia, consulte el Directorio de Farmacias o póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Cliente llamando al 800-431-4135 (TTY: 711) para obtener ayuda.

Organizaciones de Cuidados Dentales (DCO) y Dentistas de Atención Primaria (PCD) PacificSource le asigna una Organización de Cuidados Dentales (DCO), misma que se indica en su carta de bienvenida y en su tarjeta de ID del miembro. Su DCO le asignará un dentista de atención primaria (PCD). Si usted desea elegir a un PCD diferente, llame a la DCO para que le ayude a elegir un PCD que mejor se adapte a sus necesidades. También puede buscar un PCD utilizando el Directorio de Proveedores de PacificSource en: <https://providerdirectory.pacificsource.com/medicaid>. Recuerde que si su DCO le asignó un PCD, tendrá que llamarles para cambiarlo. Cada miembro de su familia debe tener un dentista que sea su dentista de atención primaria (PCD). Usted deberá acudir con su PCD para recibir la mayoría de sus cuidados dentales. Su PCD lo referirá con un especialista en caso de que sea necesario. Si usted desea elegir a un PCD diferente, llame a la DCO para que le ayude a elegir un PCD que mejor se adapte a sus necesidades. Comuníquese con PacificSource para cambiar a su DCO

asignada. Usted puede consultar a su nuevo PCD el primer día del mes siguiente a la fecha en que se realice el cambio de la DCO asignada.

Su PCD es importante, ya que:

- Es su primer contacto si necesita cuidados dentales de rutina, especializados, urgentes o de emergencia.
- Se encarga de administrar sus servicios y tratamientos de salud mental.
- Organiza lo necesario para que usted reciba cuidados especializados.

Si desea cambiar de PCP, llame al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. si desea cambiar a su PCP. Usted puede consultar a su nuevo PCP el día en que se realice este cambio.

Proveedores de la red

PacificSource Community Solutions trabaja con algunos proveedores de salud, pero no con todos. Los proveedores con los que trabajamos se llaman proveedores de la red o proveedores participantes. Los proveedores con los que no trabajamos se llaman proveedores fuera de la red. Es posible que usted pueda consultar a proveedores fuera de la red si lo necesita, pero es necesario que trabajen con el Plan de Salud de Oregon.

Es posible que usted pueda acudir con un proveedor fuera de la red para recibir atención primaria en los siguientes casos:

- Si usted cambia de CCO o cambia de la modalidad de pago por servicio del OHP a una CCO. (Consulte la sección “Cambio de CCO y transferencia de los cuidados”)
- Si usted es un indio americano o un nativo de Alaska. (Consulte la sección “Miembros indios americanos y nativos de Alaska”)

Directorio de Proveedores

Usted puede elegir a un PCP, PCD u otro proveedor utilizando el Directorio de Proveedores en: <https://providerdirectory.pacificsource.com/medicaid>. También puede llamar al departamento de Servicio al Cliente para obtener ayuda o acceder a <https://pacificsource.com/medicaid> y realizar una búsqueda.

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

- Si un proveedor acepta nuevos pacientes.
- El tipo de proveedor (médico, dental, salud del comportamiento, farmacia, etc.).
- Cómo ponerse en contacto con el proveedor.
- Opciones de atención por vídeo y teléfono (telesalud).
- Ayuda lingüística (incluyendo traducciones e intérpretes).
- Adaptaciones para personas con discapacidades físicas.

Usted puede recibir una copia impresa del directorio. También puede recibirlo en otro formato (como por ejemplo en otros idiomas, en letra más grande o en Sistema Braille) sin costo alguno. Llame al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 (TTY: 711).

Programe una cita

Usted puede programar una cita con su proveedor de salud tan pronto como lo elija.

Su PCP debe ser la primera persona a quien usted llame si necesita recibir cuidados de salud. El/ella le ayudará a programar una cita o a decidir el tipo de cuidados que usted necesita. Su PCP también puede referirlo a otros servicios o recursos cubiertos. Comuníquese directamente para programar una cita.

Si usted nunca ha consultado a su PCP, programe una cita para un chequeo. De esta manera, su PCP podrá conocerlo y familiarizarse con su historial médico antes de que usted tenga algún problema. Esto también ayudará a evitar los retrasos la primera vez que usted necesite utilizar sus beneficios.

Antes de acudir a su cita, anote:

- Las dudas que usted tenga para su PCP u otros proveedores.
- Cualquier antecedente de problemas de salud familiares.
- Los medicamentos de prescripción, medicamentos de venta sin receta, vitaminas o suplementos que usted tome.

Llame en horario de oficina para solicitar una cita e indique:

- Que usted es miembro de PacificSource Community Solutions.
- Su nombre y su número de ID de PacificSource Community Solutions.
- El tipo de cita que necesita.
- Si usted necesita un intérprete y el idioma que necesita.

Informe al personal si usted está enfermo y necesita consultar a un médico ese mismo día.

Usted puede transportarse sin costo a su cita. Obtenga más información en la sección “Transporte gratuito para acudir a sus consultas”.

Si usted no puede acudir a su cita

Procure no faltar a sus citas. Si usted no podrá acudir a una cita, llame a su PCP o PCD y cáncélela de inmediato. El/ella le ayudará a programar otra cita. Si usted no se comunica al consultorio de su proveedor para avisar que no podrá llegar, es posible que se nieguen a atenderle en un futuro.

Cada proveedor tiene sus propias reglas sobre la inasistencia a las citas. Pregunte cuáles son sus reglas.

Cómo cambiar a su PCP

Usted puede cambiar a su PCP en cualquier momento. PacificSource Community Solutions ofrece estas opciones a los miembros que deseen cambiar de PCP:

- Consulte nuestro Directorio de Proveedores en línea:
<https://providerdirectory.pacificsource.com/medicaid>. Luego,
 - Seleccione el nuevo PCP y
 - Seleccione "Set as my PCP (Elegir como mi PCP)"
- Visite el portal InTouch para miembros:
<https://intouch.pacificsource.com/common/>. Luego,
 - Seleccione "Tools (Herramientas)", "Find a doctor (Buscar un médico)", luego busque un PCP y seleccione "Set as my PCP (Elegir como mi PCP)".
- Póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 (TTY 711) si necesita ayuda.

Cambios en los proveedores de PacificSource Community Solutions

Le informaremos si alguno de sus proveedores habituales deja de trabajar con PacificSource Community Solutions. Usted recibirá una carta 30 días antes de que ocurra el cambio. Si el cambio ya ocurrió, le enviaremos una carta en un lapso de 15 días a partir de que ocurra el cambio.

Segundas opiniones

Usted tiene el derecho de obtener una segunda opinión sobre su enfermedad o tratamiento. Las segundas opiniones son gratuitas. Si usted desea una segunda opinión, llame al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions y díganos que desea consultar a otro proveedor.

En caso de que no haya un proveedor calificado dentro de nuestra red y usted desee consultar a un proveedor fuera de nuestra red para su segunda opinión, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions para obtener ayuda. Programaremos la segunda opinión sin costo alguno.

Encuesta sobre su salud

Es posible que PacificSource Community Solutions le envíe por correo una encuesta sobre su salud dentro de los primeros 90 días de su inscripción y cuando ocurra un cambio relacionado con su salud. Usted puede responder a la encuesta y enviarla por correo a la dirección que aparece en la página 1 o a la dirección del sobre con porte

pagado que se incluye con la encuesta. También puede llamar al 888-970-2507 para que un miembro del equipo de Coordinación de los Cuidados le ayude a responderla.

La encuesta le pregunta sobre su salud en general con el objetivo de ayudar a reducir los riesgos de salud, conservar su salud y prevenir enfermedades.

La encuesta incluye preguntas sobre:

- Su acceso a alimentos y vivienda.
- Sus hábitos (como el ejercicio, los hábitos de alimentación y si usted fuma o bebe alcohol).
- Cómo se siente (para saber si tiene depresión o necesita un proveedor de salud mental).
- Su bienestar general, su salud dental y su historial médico.
- Su idioma principal.
- Cualquier necesidad especial del cuidado de la salud, como por ejemplo embarazo de alto riesgo, enfermedades crónicas, trastornos de salud del comportamiento y discapacidades, etc.
- Si usted desea recibir ayuda de un equipo de coordinación de los cuidados.

Sus respuestas nos ayudarán a saber:

- Si necesita algún examen de salud, incluyendo exámenes dentales o de la vista.
- Si usted tiene necesidades rutinarias o especiales del cuidado de la salud.
- Cuáles son sus padecimientos crónicos.
- Si usted necesita servicios y apoyo a largo plazo.
- Cuestiones relacionadas con la seguridad.
- Dificultades que usted tenga para recibir los cuidados.
- Si usted necesita ayuda adicional con la coordinación de sus cuidados. Consulte la sección “Obtenga ayuda para organizar sus cuidados con la Coordinación de los Cuidados” para obtener más información.

Un miembro del equipo de Coordinación de los Cuidados revisará su encuesta. Luego le llamará para hablar de sus necesidades y ayudarle a comprender sus beneficios.

En caso de que no recibamos su encuesta, nos pondremos en contacto con usted para asegurarnos de que la responda dentro de los 90 días siguientes a su inscripción o antes en caso de que sea necesario. Si usted desea que le enviemos una encuesta, puede llamar al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 para solicitarla.

Compartiremos la información de la encuesta con su médico u otros proveedores de salud para reducir la cantidad de veces que usted tenga que responder a estas preguntas, así como para ayudar a coordinar sus cuidados y servicios.

Miembros en estado de embarazo

Si usted está en estado de embarazo, el OHP ofrece servicios adicionales para ayudarle a usted y a su bebé a mantenerse saludables. PacificSource Community Solutions puede ayudarle a obtener los cuidados que necesita durante el embarazo. También puede cubrir el parto y los cuidados hasta por un año después del embarazo. Cubrimos los beneficios posteriores al embarazo durante un año completo, sin importar cómo concluya el embarazo.

Esto es lo que usted tiene que hacer cuando se entere de su embarazo:

- Avise al OHP tan pronto como se entere de su embarazo.** Llame al 800-699-9075 (TTY 711) o acceda a su cuenta en línea: [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov).
- Informe al OHP de su fecha prevista de parto.** No es necesario que usted conozca la fecha exacta en este momento. Si usted dará a luz próximamente, llámenos enseguida.
- Averigüe sobre sus beneficios por embarazo.**
Llame al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 para averiguar sobre sus beneficios por embarazo. Estos beneficios pueden incluir servicios dentales y de la vista durante y después del embarazo.
- Opciones de atención durante el embarazo.**
Usted puede recibir cuidados de una doula de parto profesional en su área sin costo alguno. Busque en el [Directorio de Proveedores](#) en línea o llame al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 para que le ayuden a encontrar una doula que pueda atenderle en el idioma de su preferencia. Para obtener más información, puede enviar un email al Enlace de Trabajadores de Salud Tradicional de su región a la dirección THWinfo@pacificsource.com.

Después de que concluya su embarazo:

- Llame al OHP o pida al hospital que envíe una notificación del recién nacido al OHP.**
El OHP cubrirá a su bebé desde el nacimiento. Su bebé también tendrá una cobertura de PacificSource Community Solutions.
- Reciba la visita gratuita de una enfermera a su domicilio con Family Connects Oregon.** Este es un programa de visitas a domicilio sin costo por parte del personal de enfermería para todas las familias con recién nacidos. Una enfermera acudirá a su domicilio para hacerle un chequeo, proporcionarle consejos sobre el recién nacido y ofrecerle recursos.

La importancia de prevenir los problemas de salud

Queremos prevenir los problemas de salud antes de que se presenten. Usted puede hacer de esto una parte importante de sus cuidados. Por favor hágase chequeos médicos y dentales periódicos para conocer su estado de salud.

Estos son algunos ejemplos de servicios preventivos:

- Vacunas para niños y adultos
- Revisiones dentales y limpiezas
- Mamografías (radiografías de los senos)
- Citología vaginal (Papanicolau)
- Embarazo y cuidados para el recién nacido
- Exámenes de bienestar
- Exámenes de detección de la próstata para hombres
- Chequeos anuales
- Exámenes para niños sanos

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

Si usted tiene alguna duda, por favor llámenos al 800-431-4135 (TTY 711). Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Obtenga ayuda para organizar sus cuidados con la Coordinación de los Cuidados

PacificSource Community Solutions puede ayudarle a organizar sus cuidados. PacificSource Community Solutions cuenta con personal que forma parte de su equipo de coordinación de los cuidados. Los miembros del personal de PacificSource Community Solutions tienen el compromiso de apoyar a los miembros con sus necesidades de salud y pueden ayudarle a encontrar servicios de salud física, dental, social y del comportamiento cuando usted los necesite.

Usted puede acceder a los servicios de Coordinación de los Cuidados a través de una institución de atención primaria enfocada en el paciente (PCPCH), su proveedor de atención primaria, PacificSource Community Solutions u otros equipos de atención primaria. Usted, sus proveedores de salud o alguien que lo represente puede preguntar sobre la Coordinación de los Cuidados por cualquier motivo, especialmente si usted tiene una nueva necesidad de recibir cuidados o sus necesidades no están siendo atendidas. Llame al número que aparece abajo o visite

<https://pacificsource.com/medicaid/get-care/member-support-specialists> para obtener más información sobre la Coordinación de los Cuidados.

El objetivo de la Coordinación de los Cuidados es mejorar su salud en general

PacificSource Community Solutions cuenta con procesos que nos ayudan a detectar sus necesidades del cuidado de la salud. Le ayudaremos a hacerse cargo de su salud y bienestar.

Esto es lo que puede hacer su equipo de coordinación de los cuidados:

- Ayudarle a entender sus beneficios y cómo funcionan.
- Utilizar programas de cuidados que le ayuden con sus padecimientos de salud crónicos, tales como la diabetes, las enfermedades del corazón y el asma.
- Ayudarle con problemas de salud del comportamiento, tales como depresión y trastornos de uso de sustancias nocivas.
- Ayudarle a encontrar la forma de obtener los servicios y recursos para asegurarse de que usted se sienta cómodo, seguro y atendido.
- Ayudarle a identificar a personas de su vida o de su comunidad que puedan servirle de apoyo.
- Ayudarle a elegir un proveedor de atención primaria (PCP).
- Proporcionarle cuidados y consejos fáciles de seguir.
- Ayudarle a programar citas y exámenes médicos.
- Ayudarle a organizar el transporte a sus citas con el médico.
- Ayudarle con la transición de sus cuidados cuando sea necesario.
- Ayudarle a recibir cuidados de proveedores especializados.
- Ayudar a que sus proveedores se comuniquen entre sí respecto a sus necesidades de salud.
- Crear junto con usted un plan de cuidados que se adapte a sus necesidades de salud.

Su equipo de coordinación de los cuidados puede ayudarle a encontrar otros recursos en su comunidad, tales como ayuda con necesidades que no sean médicas. Algunos ejemplos incluyen:

- Ayuda para encontrar una vivienda.
- Ayuda para pagar la renta y los servicios públicos.
- Servicios de nutrición.
- Servicios de transporte.
- Clases y sesiones de entrenamiento.
- Apoyo familiar.
- Servicios sociales.
- Dispositivos para condiciones de clima extremo.

Colaboramos para proporcionarle los cuidados que usted necesita

Su equipo de coordinación de los cuidados trabajará en estrecha colaboración con usted. Este equipo tendrá a distintas personas que colaborarán para atender sus necesidades, tales como proveedores, especialistas y programas comunitarios. El equipo le pondrá en contacto con los recursos comunitarios y de apoyo social que pudieran ayudarle. La función de su equipo de cuidados es en asegurarse de que las personas adecuadas formen parte de su de cuidados para ayudarle a alcanzar sus objetivos. Todos colaboraremos juntos para apoyarle.

Es posible que usted necesite un plan de cuidados

Usted y su equipo de cuidados decidirán si necesita un plan de cuidados. Usted, su equipo de cuidados y sus proveedores de salud elaborarán un plan que le ayude a cubrir sus necesidades. Su plan incluirá una lista de los apoyos y servicios necesarios para ayudarle a alcanzar sus objetivos. Este plan identifica sus necesidades médicas, dentales, culturales, sociales, del desarrollo y del comportamiento para que usted obtenga resultados positivos de salud y bienestar.

El plan se revisará y actualizará cuando menos una vez al año, cuando cambien sus necesidades o cuando usted solicite una revisión y actualización. Usted, su representante y sus proveedores recibirán una copia de su plan de cuidados.

Usted, un representante autorizado o un proveedor pueden solicitar una copia de su plan de cuidados o pedir que se elabore un plan de cuidados poniéndose en contacto con nuestro equipo de Coordinación de los Cuidados al teléfono 888-970-2507 (TTY: 711). Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Horarios e información de contacto del equipo de Coordinación de los Cuidados

Los servicios de Coordinación de los Cuidados están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

- Llame al equipo de Coordinación de los Cuidados de PacificSource Community Solutions al 888-970-2507 (TTY: 711) si ocurre un cambio en su salud, sus necesidades o su proveedor, de manera que PacificSource Community Solutions pueda ayudarle a coordinar sus cuidados.
- Llame al equipo de Coordinación de los Cuidados de PacificSource Community Solutions al 888-970-2507 (TTY: 711) para obtener más información sobre la Coordinación de los Cuidados.
- PacificSource Community Solutions le enviará una carta para informarle qué integrante de su equipo de coordinación de los cuidados es el principal

responsable de coordinar sus cuidados y servicios.

Miembros con Medicare

Usted también puede obtener ayuda con sus beneficios del OHP y de Medicare. Un miembro del personal del equipo de coordinación de los cuidados de PacificSource Community Solutions colaborará con usted, sus proveedores de salud, su plan Medicare Advantage y/o su cuidador. Nos asociamos con estas personas para conseguirle servicios sociales y de apoyo, tales como servicios comunitarios culturalmente específicos.

Sus beneficios

Cómo decide el Estado de Oregon lo que cubrirá el OHP

Hay muchos servicios a su disposición como miembro del OHP. La forma en que el Estado de Oregon decide cuáles servicios pagará se basa en la **Lista Prioritizada de Servicios de Salud**. Esta lista se compone de diferentes padecimientos médicos (llamados diagnósticos) y los tipos de procedimientos que tratan esos padecimientos. Un grupo de expertos médicos y ciudadanos comunes colaboran en la elaboración de la lista. Este grupo se llama Comisión de Revisión de Evidencias de Salud de Oregon (HERC). Los miembros del grupo son nombrados por el gobernador.

La lista incluye combinaciones de todos los padecimientos y sus tratamientos. Se les conoce como pares de padecimientos/tratamientos.

En la lista se clasifican los pares de padecimientos/tratamientos según la gravedad de cada padecimiento y la eficacia de cada tratamiento.

Para miembros de 21 años de edad y mayores:

No todos los pares de padecimientos/tratamientos están cubiertos por el OHP. Hay un límite en la lista llamado "la línea" o "el nivel de financiamiento". Los pares por encima de la línea están cubiertos y los pares por debajo de la línea no están cubiertos. Algunos padecimientos y tratamientos por encima de la línea tienen ciertas reglas y es posible que no estén cubiertos.

Para miembros menores de 21 años de edad:

Se deben cubrir todos los servicios médicamente necesarios y apropiados, en base a sus necesidades individuales y su historial médico. Esto incluye los artículos "por debajo de la línea" de la Lista Prioritizada, así como los servicios que no aparecen en la Lista Prioritizada, como el equipo médico duradero. Consulte la sección "Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años de edad" para obtener mayor información sobre la cobertura para miembros menores de 21 años de edad.

Obtenga más información sobre la Lista Prioritizada en:

Acceso directo

Usted no necesita una referencia o autorización previa para recibir algunos servicios. A esto se le llama acceso directo. Consulte las siguientes tablas para conocer los servicios de acceso directo que no necesitan una referencia o autorización previa.



Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas

- **Servicios de emergencia** (disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
Para servicios de salud física, dental o del comportamiento
- **Servicios de cuidados urgentes** (disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
Para servicios de salud física, dental o del comportamiento
- **Servicios de salud de la mujer**
Para cuidados preventivos y de rutina
- **Exámenes en caso de abuso sexual**
- **Servicios de valoración y evaluación de la salud del comportamiento**
- **Servicios para pacientes internos y servicios de salud del comportamiento proporcionados por compañeros**
De un proveedor de la red

Consulte la sección “Tablas de beneficios” para obtener más información.

Como obtener una autorización previa

Algunos servicios necesitan ser autorizados antes de que usted pueda recibirlos, como por ejemplo las cirugías o los servicios para pacientes internos. Esto es para asegurarse de que los cuidados sean médicamente necesarios y adecuados para usted. Su proveedor se encargará de esto y es posible que nos envíe información para ayudarle a recibir el servicio. Aunque el proveedor no esté obligado a enviarnos la información, es posible que PacificSource Community Solutions tenga que revisar su caso por motivos médicos.

Estas decisiones sólo dependen de si la atención médica o el servicio es adecuado para usted y si está cubierto por PacificSource Community Solutions. PacificSource Community Solutions no recompensa a los proveedores ni a cualquier otra persona por negar la cobertura o la atención. Nunca damos dinero adicional a alguien que tome la decisión de negar una solicitud de atención médica. Póngase en contacto con el

departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 (TTY 711) si usted:

- Tiene alguna duda
- Necesita ponerse en contacto con nuestro Departamento de Administración del Uso
- Necesita una copia de las directrices clínicas

Es posible que usted no reciba un servicio si no se autoriza. Evaluamos las solicitudes de autorización previa tan rápido como lo requiera su estado de salud. La mayoría de las decisiones se toman en un plazo de 14 días. En ocasiones la decisión puede tardar hasta 28 días. Esto sólo ocurre cuando estamos esperando información adicional. Si usted o su proveedor consideran que no es posible esperar el tiempo de respuesta estándar porque eso pondría en riesgo su vida, su salud o su capacidad funcional, podemos tomar una decisión más rápida, conocida como una "autorización de servicio rápida". Las decisiones de servicio rápidas suelen tomarse en un plazo de 72 horas, pero puede haber una extensión de 14 días. Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con una decisión de extensión. Obtenga más información sobre cómo presentar una queja en la sección "Quejas, Apelaciones y Audiencias Imparciales".

Si usted necesita una autorización previa para recibir un medicamento de prescripción, tomaremos una decisión en un plazo de 24 horas. Si necesitamos más información para tomar una decisión, este proceso puede tardar 72 horas.

Obtenga más información sobre los medicamentos de prescripción en la sección "Medicamentos de prescripción".

Usted no necesita una autorización para recibir servicios urgentes o de emergencia ni para acceder a los servicios de postratamiento de emergencia. Obtenga más información sobre los servicios de emergencia en la sección "Cuidados de emergencia".



Servicios que no necesitan una autorización previa

- **Servicios de salud del comportamiento para pacientes externos o servicios proporcionados por compañeros** (dentro de la red)
- **Servicios de evaluación y valoración de salud del comportamiento**
- **Tratamiento asistido con medicamentos para trastornos de uso de sustancias nocivas**
- **Tratamiento comunitario asertivo y servicios integrales**

(se requiere una valoración por parte del proveedor)

Consulte la sección “Tablas de beneficios” para obtener más información.

Referencias a proveedores y auto-referencias

Es posible que usted necesite una referencia para poder recibir cuidados médicos del proveedor adecuado. Una **referencia** es una orden escrita de su proveedor en la que se indica la necesidad de recibir un servicio.

Por ejemplo: Si su PCP no puede proporcionarle los servicios que usted necesita, es posible que lo refiera con un especialista. Si se necesita una autorización previa para el servicio, su proveedor solicitará la aprobación de PacificSource Community Solutions.

En caso de que no haya un especialista cerca de donde usted vive o un especialista que trabaje con PacificSource Community Solutions (también llamado "dentro de la red"), es posible que el equipo de Coordinación de los Cuidados tenga que ayudarle a encontrar un proveedor fuera de la red. Para poder consultar a un proveedor fuera de la red, es necesario que dicho proveedor trabaje con el Plan de Salud de Oregon. No aplica un costo adicional si esto ocurre.

Muchas veces su PCP puede proporcionarle los servicios que usted necesita. Pregunte a su PCP si usted cree que es necesario que lo refiera con un especialista. Usted no necesita una referencia médica en caso de emergencia.



Servicios que necesitan una referencia

- **Servicios de especialistas**

Si usted tiene necesidades especiales del cuidado de la salud, su equipo médico puede ayudarle para que pueda acceder a especialistas sin necesidad de una referencia.

- **Si usted acude con un proveedor de servicios dentales que no sea su dentista de atención primaria, es posible que necesite una referencia para obtener estos servicios:**

- **Exámenes dentales**
- **Dentaduras parciales o completas**
- **Extracciones**
- **Terapia de conducto radicular**

Consulte la sección “Tablas de beneficios” para obtener más información.

Algunos servicios no requieren una referencia de su proveedor. A esto se le llama auto-referencia.

Una **auto-referencia** significa que usted puede buscar en el Directorio de Proveedores el tipo de proveedor que desea consultar. Usted puede llamar a ese proveedor para programar una consulta sin necesidad de ser referido por su PCP o PCD. Consulte la sección “Directorio de Proveedores” para obtener más información.

Servicios de auto-referencia:

- Consultas con su PCP
- Cuidados para infecciones de transmisión sexual (STI)
- Inmunizaciones (vacunas)
- Servicios de trabajadores de salud tradicionales
- Servicios de rutina de proveedores de servicios de la vista dentro de la red
- Consultas con su dentista de atención primaria (PCD).
- Servicios de planificación familiar (incluyendo fuera de la red)
- Servicios de salud mental para problemas relacionados con el alcohol u otras drogas
- Tratamiento comunitario asertivo
- Servicios de salud del comportamiento (dentro de la red)

Consulte la sección “Tablas de beneficios” para obtener más información.

Es posible que se requiera una autorización previa para recibir un servicio incluso si usted lo obtiene por auto-referencia. Hable con su PCP o póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente si tiene dudas sobre si necesita una autorización previa para recibir un servicio.

Descripción de los íconos de las tablas de beneficios



Servicios que necesitan una autorización previa

Algunos servicios necesitan ser aprobados antes de que usted pueda recibirlos. Su proveedor debe solicitar la autorización de la



Servicios que necesitan una referencia

Una referencia es una orden escrita de su proveedor en la que se indica la necesidad de recibir un servicio. Usted debe



Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas

No es necesario que usted sea referido o que solicite una autorización previa para algunos



CCO. A esto se le conoce como una autorización previa.	solicitar una referencia a su proveedor.	servicios. A esto se le conoce como acceso directo.
--	--	---

Beneficios de salud física




Para consultar un resumen de beneficios y cobertura del OHP, visite OHP.Oregon.gov/Benefits. Llame al 800-273-0057 si desea obtener una copia impresa o electrónica del resumen.



La siguiente es una lista de beneficios médicos que están disponibles sin costo alguno. Fíjese en la columna "Servicio" para averiguar cuántas veces puede recibir cada servicio sin costo. Fíjese en la columna "Cómo obtenerlo" para averiguar si necesita obtener una referencia o una aprobación previa para el servicio. PacificSource Community Solutions coordinará los servicios de forma gratuita si usted necesita ayuda.



Si aparece un * en las tablas de beneficios, eso significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites indicados para los miembros menores de 21 años de edad si es médicamente necesario y apropiado.



Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Servicios de Coordinación de los Cuidados</p> <p>Los servicios de Coordinación de los Cuidados pueden organizar sus cuidados de salud, ayudarle con las enfermedades crónicas y reunir a su equipo de cuidados. Ejemplo: administración de casos</p> <p>No aplican límites en los cuidados.</p> <p>Consulte la sección "Obtenga ayuda para organizar sus cuidados" para obtener más información.</p>	 <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	Todos los miembros
<p>Cuidados alternativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cuidados quiroprácticos • Masajes • Yoga 	 <p>Algunos servicios deben ser</p>	Todos los miembros



Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Los servicios de cuidados alternativos se limitan al tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta. Las visitas se limitan a un total combinado de 30 visitas de cuidados alternativos y terapias tradicionales durante un año calendario de 12 meses.</p> <p>Si se requiere más de un total combinado de 30 visitas, será necesario obtener una autorización previa y las visitas estarán sujetas a una valoración de la necesidad médica.</p>	<p>autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado.</p>	
<p>Cuidados paliativos y servicios de hospicio</p> <p>Cuidados para el final de la vida, como por ejemplo ayuda para controlar los síntomas y el dolor. Ejemplo: Hospicio</p> <p>Se cubren los servicios de cuidados paliativos para los pacientes con una enfermedad que ponga en riesgo la vida o una enfermedad progresiva grave con el fin de aliviar los síntomas y mejorar su calidad de vida.</p> <p>Los servicios de hospicio están cubiertos para los pacientes que hayan sido certificados como enfermos terminales.</p> <p>La cobertura se basa en los lineamientos del OHP y es necesario cumplir con ciertos requisitos para recibir los servicios.</p>	<div data-bbox="800 869 935 1010" data-label="Image"> </div> <p>Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado.</p>	<p>Todos los miembros</p>


Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Fallecimiento digno (muerte asistida para enfermos terminales)</p> <p>Una muerte facilitada por el médico.</p> <p>Cubierto por el OHP</p> <p>Los servicios deben ser prestados por un médico tratante o un médico de consulta.</p>	 <p>Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado.</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Programa de prevención de la diabetes</p> <p>Este programa ayuda a las personas con prediabetes a reducir el riesgo de desarrollar diabetes de tipo 2 y a mejorar su salud en general.</p> <p>Este programa está disponible en línea o en persona en un entorno de grupo.</p>	 <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de diagnóstico</p> <p>Pruebas, exámenes o procedimientos para identificar un padecimiento o lesión. Ejemplos: Análisis de sangre o biopsias</p> <p>El acceso a los servicios de diagnóstico es ilimitado si es médicamente necesario.</p>	 <p>Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente</p>	<p>Todos los miembros</p>


Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
	<p>para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado.</p>	
<p>Diálisis</p> <p>Servicios para tratar una enfermedad renal, incluyendo los tratamientos de diálisis como paciente interno o externo.</p> <p>Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como por ejemplo las visitas de personal entrenado para monitorear la diálisis en el hogar.</p> <p>Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de prescripción.</p> <p>La aprobación se basa en los lineamientos del OHP. Póngase en contacto con su plan médico.</p>	 <p>Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado.</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Tratamiento para las drogas y el alcohol</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de valoración/evaluación • Administración de casos • Servicios de emergencia • Hospitalización • Desintoxicación • Servicios residenciales y tratamiento diurno • Administración de medicamentos • Servicios/asesoría sobre drogas y alcohol para pacientes externos 	 <p>Los servicios de tratamiento para las drogas y el alcohol no requieren de una referencia.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir una aprobación. Póngase en contacto el departamento de Servicio al Cliente</p>	<p>Todos los miembros</p>



Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio y tratamiento <p>Los beneficios del tratamiento para las drogas y el alcohol son sin límite, siempre y cuando sean médicamente necesarios.</p>	<p>para obtener más información.</p>	
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros Servicios y equipos duraderos. Ejemplos: caminadoras o suministros para diabéticos</p> <p>Los siguientes son algunos ejemplos de los equipos médicos duraderos que están cubiertos sin necesidad de que sean autorizados por anticipado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno y equipos/suministros de oxígeno • Algunos suministros para diabéticos, tales como tiras de prueba de glucosa (sujeto a ciertos límites de cantidad) con una receta médica • Sillas de ruedas eléctricas <p>Los equipos médicos duraderos y los suministros están cubiertos cuando son médicamente necesarios.</p>	 <p>Algunos equipos y suministros deben ser aprobados por anticipado.</p> <p>Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles artículos deben ser aprobados por anticipado.</p> <p>El equipo médico duradero puede estar cubierto en caso de que haya sido aprobado para el tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta.</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) Cuidados, valoraciones y evaluaciones del desarrollo de la salud física y mental para miembros menores de 21 años de edad. Ejemplo: Consultas para niños sanos y detección de toxicidad por</p>	 <p>No se requieren referencias o autorizaciones previas para los</p>	<p>*Miembros de 0 a 20 años de edad</p>



Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>plomo. Esto incluye la cobertura de todos los servicios médicamente necesarios y apropiados para miembros de menos de 21 años de edad.</p> <p>Se cubren todos los servicios médicamente necesarios y apropiados para los miembros de 20 años de edad o menores, incluyendo las pruebas de detección y las valoraciones del desarrollo de la salud física y mental.</p>	<p>cuidados para niños sanos, las pruebas de detección y algunas valoraciones. Es posible que se requieran referencias o autorizaciones previas para otros servicios.</p>	
<p>Cirugías y procedimientos electivos</p> <p>Cirugías y procedimientos que no son médicamente necesarios o el resultado de una emergencia. Ejemplo: extracción de cálculos en los riñones.</p> <p>Estos procedimientos no suelen cubrirse y cualquier excepción requiere de una autorización previa.</p>	<p></p> <p>Cualquier excepción requiere de una autorización previa.</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Transporte en emergencias médicas</p> <p>Transporte al hospital debido a una emergencia. Ejemplo: Transporte en ambulancia.</p> <p>Cubrimos los servicios de ambulancia (viaje de ida) en caso de emergencia solamente. En el caso de los servicios cubiertos que sean médicamente necesarios, también cubrimos el servicio de transporte médico para casos que no sean una emergencia (NEMT).</p>	<p></p> <p>Los servicios de transporte de emergencia no requieren una autorización previa.</p>	<p>Todos los miembros</p>



Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Servicios de emergencia</p> <p>Cuidados médicos inmediatos durante una emergencia. Ejemplo: Atención médica si usted tiene dificultad para respirar.</p> <p>Cubrimos los cuidados de emergencia en los Estados Unidos.</p>	 <p>No requieren una referencia o autorización previa</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>Cuidados para ayudarle a planear el momento y la cantidad de hijos que desea tener (o no tener). Ejemplo: Anticonceptivos o exámenes anuales.</p> <p>En el caso de estos servicios, usted puede acudir con proveedores dentro o fuera de la red.</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de salud de la mujer, PCP u otro proveedor de servicios de salud preventivos y de rutina • Educación y asesoría sobre la contracepción. • Suministros de contracepción, tales como parches, pastillas anticonceptivas y dispositivos intrauterinos (DIUs). • Contracepción de emergencia (la "pastilla del día siguiente"). • Esterilización (ligadura de trompas y vasectomías) cuando la realiza un 	 <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p> <p>Esto significa que usted tiene un acceso directo a estos servicios.</p> <p>Algunos servicios o procedimientos requieren una orden de su PCP o especialista.</p> <p>Abortos: Están cubiertos directamente por el OHP (ver referencia en la primera columna). Póngase en contacto con el equipo de Coordinación de los Cuidados de Acentra llamando al 800-562-4620.</p>	<p>Todos los miembros</p>




Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>proveedor de la red de PacificSource.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología (imagenología). • Pruebas de laboratorio. <p>Los servicios relacionados que también están cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citologías vaginales (Papanicolaou). • Pruebas de embarazo. • Servicios de detección y asesoría para enfermedades de transmisión sexual, incluyendo SIDA y VIH. • Abortos (visite la siguiente página para ponerse en contacto con la OHA: https://www.oregon.gov/oha/ph/healthypeoplefamilies/reproductivesexualhealth/oregoncontraceptivecare/pages/index.aspx#abortion). <p>No aplican límites si usted consulta a cualquier proveedor que acepte su tarjeta de ID para este servicio, siempre y cuando sea médicamente necesario.</p> <p>¡IMPORTANTE! Las histerectomías no están cubiertas como parte de la planificación familiar.</p>		
<p>Atención para la afirmación de género Cuidados de apoyo para la afirmación de la identidad de género. Ejemplo: terapia hormonal.</p>		<p>Todos los miembros</p>


Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Cubrimos lo siguiente cuando sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia hormonal • Cirugía superior • Cirugía inferior • Cirugía de confirmación facial • Depilación para afirmación de género, incluyendo la electrólisis y la depilación láser • Terapia de voz y comunicación 	<p>Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado.</p> <p>Ofrecemos un apoyo específico para la administración de los cuidados de los miembros que deseen acceder a la atención para afirmación de género. Póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente y solicite que le remitan al equipo de Atención para la Afirmación de Género.</p>	
<p>Servicios de la audición*</p> <p>Estos servicios incluyen cuestiones para evaluar la audición o ayudarlo a oír mejor. Ejemplos: Audiología o aparatos auditivos.</p> <p>Exámenes de la audición</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>


Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>En un periodo de 12 meses, usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de audición básico. • Un examen de audición integral. • Una evaluación y selección de aparatos auditivos. • Una evaluación electroacústica para un aparato auditivo: para uno o ambos oídos. • Una evaluación auditiva de tonos puros (umbral) por conducción ósea y aérea. 		
<p>Aparatos auditivos</p> <p>Cubrimos hasta 60 baterías por aparato auditivo cada 12 meses.</p> <p>Para poder recibir la cobertura de las baterías, usted debe cumplir con los requisitos de autorización previa de los aparatos auditivos.</p> <p>Niños hasta los 20 años de edad: Si cumplen con los requisitos de autorización previa, es posible que se cubra un aparato auditivo para cada oído cada tres años.</p>	 <p>Los servicios deben ser aprobados por anticipado en el caso de los aparatos auditivos.</p> <p>Adultos: Si cumple con los requisitos de autorización previa, usted puede recibir un aparato auditivo para cada oído cada cinco años.</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de salud en el hogar</p> <p>Cuidados en el hogar, generalmente durante una enfermedad o después de una lesión. Ejemplo: Terapia física.</p> <p>Sin límite en caso de ser medicamento necesarios.</p>	 <p>Si usted acude con proveedores de la red, no necesita una</p>	<p>Todos los miembros</p>





Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
	aprobación por anticipado.	
<p>Inmunizaciones y vacunas para viajes Inmunizaciones y vacunas para mantenerlo saludable. Ejemplo: Vacunas contra la gripe.</p> <p>Además de las vacunas de rutina, cubrimos las vacunas de viaje y las no rutinarias recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP). Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente si usted desea averiguar cuáles vacunas están cubiertas.</p> <p>No están cubiertas las inmunizaciones para los viajes ni para cuestiones de empleo.</p>	 <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	Todos los miembros
<p>Servicios de hospital para pacientes internos</p> <p>Cuidados que usted recibe durante una estancia en el hospital. Ejemplo: Cirugía.</p> <p>Es posible que apliquen límites a algunos servicios o artículos en base a la necesidad médica, la cobertura y los lineamientos del OHP.</p> <p>Los servicios cubiertos pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitaciones semiprivadas o privadas • Comidas • Servicios de enfermería • Exámenes y radiografías • Suministros y medicamentos necesarios 	 <p>Se requiere una autorización previa</p>	Todos los miembros




Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos <p>Si su situación se relaciona con una consulta urgente o de emergencia, consulte la sección “Servicios de emergencia” que aparece arriba.</p>		
<p>Servicios de intérpretes</p> <p>Alguien que le ayude en el idioma hablado o el lenguaje de señas que usted prefiera.</p> <p>Sin límites.</p>	 <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de laboratorio, radiografías y otros procedimientos</p> <p>Pruebas y análisis que su proveedor médico podría utilizar para valorar su salud. Ejemplos: Análisis de orina o radiografía.</p>	 <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>




Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Servicios de maternidad</p> <p>Cuidados que usted recibe antes, durante y después de un embarazo. Ejemplo: Consultas prenatales.</p> <p>Sin límite para cuidados prenatales, parto y alumbramiento.</p>	<p></p> <p>Sin necesidad de aprobación/referencia para la mayoría de los servicios.</p> <p>Las consultas del cuidado de la vista no requieren de aprobación / referencia. Algunos productos / artículos para el cuidado de la vista requieren una autorización por anticipado.</p>	<p>Miembros en estado de embarazo</p>
<p>Servicios de hospital para pacientes externos</p> <p>Cuidados que usted en un hospital recibe sin pasar la noche en el hospital. Ejemplos: Quimioterapia, radiación o manejo del dolor.</p> <p>Sin límite.</p>	<p></p> <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas cuando sea médicamente necesario</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Cuidados para miembros con enfermedades graves, los cuales pueden incluir servicios como la coordinación de cuidados, servicios de salud mental, servicios de trabajadores sociales, servicios de cuidados espirituales, manejo del dolor y de los síntomas y asistencia</p>	<p></p> <p>Se necesita una referencia</p>	<p>Miembros con una enfermedad grave y un pronóstico de vida limitado.</p>


Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
telefónica clínica las 24 horas del día.		
<p>Servicios farmacéuticos (medicamentos de prescripción)</p> <p>Medicamentos que usted necesita para mantenerse saludable o recuperar su salud. Ejemplo: Medicamentos para la presión sanguínea</p>	Se necesita una receta	Todos los miembros
<p>Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla</p> <p>Terapias enfocadas en mejorar su capacidad para mover el cuerpo o realizar las actividades diarias. Ejemplo: Ejercicios para mejorar el equilibrio después de una caída.</p> <p>Las consultas de terapia física y/o terapia ocupacional se calculan en base a un plazo de 12 meses calendario.</p> <p>Las visitas se limitan a un total combinado de 30 visitas de cuidados alternativos y terapias tradicionales. Si se requiere más de un total combinado de 30 visitas, será necesario obtener una autorización previa y las visitas estarán sujetas a una valoración de la necesidad médica.</p> <p>Las lesiones de la médula espinal, las lesiones cerebrales traumáticas o los accidentes cerebrovasculares no están sujetos a las limitaciones de visitas durante el primer año después de una lesión aguda.</p>	 <p>Algunos servicios deben ser autorizados por anticipado. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente para averiguar cuáles servicios deben ser autorizados por anticipado.</p> <p>Las evaluaciones iniciales y las reevaluaciones no requieren de una autorización previa, pero se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta dos evaluaciones iniciales en un periodo de 12 meses. 	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta cuatro reevaluaciones en un periodo de 12 meses. 	
<p>Servicios preventivos</p> <p>Cuidados periódicos y pruebas de detección para preservar su salud y la de su familia. Algunos ejemplos incluyen: Exámenes físicos, vacunas (inmunizaciones), pruebas de detección (cáncer, etc.), prevención de la diabetes, asesoría nutricional, servicios para dejar el tabaco, etc.</p> <p>Se cubren una vez cada 12 meses.</p> <p>Se cubre un examen de tacto rectal una vez al año.</p> <p>Citologías vaginales (Papanicolaou): Una vez cada 3–5 años, a menos de usted que haya tenido un resultado anormal o sea considerada como de alto riesgo (en cuyo caso se cubre si así lo recomienda su médico).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la pelvis y exámenes clínicos de los senos: Un examen cada 12 meses (para mujeres). <p>Detección de cáncer del colon: se requiere una orden de su PCP o especialista.</p> <p>Detección de cáncer de la próstata: se requiere una orden de su PCP o especialista.</p>	 <p>Usted no necesita una referencia para recibir este servicio.</p>	<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Consultas con su proveedor de atención primaria (PCP)</p> <p>Consultas con su médico para realizarse chequeos, pruebas de detección y cuidados no urgentes. Ejemplo: Examen anual</p> <p>Visitas al consultorio sin límite.</p> <p>Algunos procedimientos / tratamientos deben ser aprobados por anticipado.</p>	 <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de transporte para acudir a sus consultas (Servicio de Transporte Médico para Casos que No Sean una Emergencia o NEMT)</p> <p>Transporte gratuito para acudir a sus consultas u otros apoyos como pases de autobús o ayuda con el millaje.</p> <p>Este es un servicio gratuito.</p> <p>Sin límite.</p>	 <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Exámenes en caso de abuso sexual</p> <p>Un examen después de un incidente de abuso sexual; puede incluir la recopilación de evidencias y la realización de pruebas de laboratorio.</p> <p>Sin límite.</p>	 <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de especialistas</p> <p>Cuidados de un proveedor que tiene conocimientos especializados para atender una cierta parte del cuerpo o un tipo de enfermedad. Ejemplo:</p>		<p>Todos los miembros</p> <p>Las personas con necesidades especiales del cuidado de la salud y aquellas que reciban servicios y apoyos a</p>

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Cardiólogo (especialista del corazón).</p> <p>Las visitas al consultorio son ilimitadas para un padecimiento cubierto.</p>	<p>Es posible que se requiera una autorización previa</p>	<p>largo plazo (LTSS) pueden llamar a Servicio al Cliente para acceder a un especialista.</p>
<p>Procedimientos quirúrgicos</p> <p>Cuidados para tratar físicamente, remover o alterar su cuerpo a fin de mantenerse saludable o recuperar la salud. Ejemplo: Extirpar un apéndice inflamado</p> <p>Es posible que sea necesario comprobar un estatus de no fumador o de participante en un programa para dejar el tabaco antes de poder realizarse ciertos procedimientos quirúrgicos electivos.</p>	<p></p> <p>Se requiere una aprobación por anticipado.</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de telesalud</p> <p>Cuidados de salud por teléfono, vídeo o en línea. Ejemplos: consultas virtuales o por email.</p> <p>Por favor póngase en contacto con el consultorio de su médico o con el departamento de Servicio al Cliente para obtener más información.</p> <p>Sin límite.</p>	<p></p> <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de trabajadores de salud tradicionales (THW)</p> <p>Cuidados o servicios proporcionados por personas con situaciones de vida similares. Estas personas pueden ayudarle a obtener cuidados que favorezcan su bienestar. Ejemplo: Compañeros especializados en apoyo</p>	<p></p> <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Servicios de cuidados urgentes</p> <p>Cuidados que usted recibe cuando sus necesidades de salud son más urgentes que una consulta normal. Ejemplos: Esguinces y torceduras</p> <p>Los servicios están cubiertos las 24 horas del día y los 7 días de la semana, ya sea que usted se encuentre en su hogar o que esté viajando fuera del área de servicio dentro de los Estados Unidos.</p>	 <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de salud de la mujer (además del PCP) para cuidados preventivos y de rutina</p> <p>Cuidados para las necesidades de salud especiales de las mujeres. Ejemplos: Citología vaginal (Papanicolau), exámenes de los senos o consultas para mujeres sanas</p> <p>Consulte las secciones de Servicios Preventivos y Servicios de Planificación Familiar para obtener más información.</p>	 <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de la vista</p> <p>Los adultos que no estén en estado de embarazo (21+ años de edad) tienen la siguiente cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista de rutina al menos cada 24 meses y cuando sea necesario • Exámenes médicos de la vista cuando sea necesario <ul style="list-style-type: none"> ○ Lentes correctivos / accesorios sólo para 	 <p>Algunos servicios o procedimientos pueden requerir una orden de su PCP o especialista y/o una aprobación por anticipado.</p>	<p>Todos los miembros de 21 años de edad y mayores que no estén en estado de embarazo</p>




Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>ciertos padecimientos médicos de los ojos</p> <p>Si usted tiene un padecimiento médico elegible o se le ha diagnosticado alguno de los padecimientos enlistados a continuación, es posible que los exámenes de la vista y los anteojos estén cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afaquia • Pseudoafaquia • Queratocono • Cataratas congénitas • Trasplante de la córnea <p>Los miembros menores de 21* años, los adultos en estado de embarazo y los adultos hasta 12 meses después del parto tienen la siguiente cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista de rutina cuando sea necesario • Exámenes médicos de la vista cuando sea necesario • Lentes correctivos / accesorios cuando sea necesario <p>Algunos ejemplos de los padecimientos médicos de los ojos incluyen afaquia, queratocono o después de una operación de cataratas.</p>	<div style="text-align: center;">  <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p> </div>	<p>*Miembros menores de 21 años de edad y miembros en estado de embarazo</p> <p>Según se recomienda en el caso de los demás miembros</p>




La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan una autorización previa o una referencia. Si usted tiene alguna duda, llame al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 (TTY 711).



Beneficios de salud del comportamiento


La siguiente es una lista de beneficios de salud del comportamiento que están disponibles sin costo alguno. La salud del comportamiento se refiere al tratamiento de la salud mental y el uso de sustancias nocivas. Fíjese en la columna "Servicio" para averiguar cuántas veces puede recibir cada servicio sin costo. Fíjese en la columna "Cómo obtenerlo" para averiguar si necesita obtener una referencia o una aprobación previa para el servicio.

Si aparece un * en las tablas de beneficios, eso significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites indicados para los miembros menores de 21 años de edad si es médicamente necesario y apropiado. PacificSource Community Solutions coordinará los servicios de forma gratuita si usted necesita ayuda.

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Tratamiento comunitario asertivo</p> <p>Un enfoque de trabajo en equipo para ayudar a las personas que tienen una enfermedad mental grave a vivir en la comunidad. Ejemplo: Intervención en casos de crisis</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.</p>	 <p>No se requiere una referencia o autorización previa</p>	<p>Miembros de 18 años de edad y mayores</p>
<p>Servicios integrales</p> <p>Cuidados integrales para ayudar a los jóvenes y a sus familias a alcanzar sus objetivos al enfocar la atención en ellos. Ejemplo: Grupos de apoyo</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.</p>	 <p>No se requiere una referencia o autorización previa, pero es posible que sí se requiera una valoración por parte del proveedor.</p>	<p>Niños y jóvenes que cumplan con los criterios de elegibilidad</p>
<p>Servicios de valoración y evaluación de la salud del comportamiento</p> <p>Pruebas y exámenes para detectar posibles padecimientos de salud del</p>		<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>comportamiento. Ejemplo: Pruebas de diagnóstico psiquiátrico</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.</p>	<p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	
<p>Servicios residenciales de tratamiento psiquiátrico y de salud del comportamiento (PRTS)</p> <p>Estancias a corto o largo plazo para que los miembros reciban un tratamiento de salud del comportamiento. Ejemplo: Programas residenciales</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.</p>	<p></p> <p>No se requiere una referencia o autorización previa, pero es posible que sí se requiera una valoración por parte del proveedor.</p>	<p>Jóvenes menores de 21 años de edad</p>
<p>Servicios residenciales y de desintoxicación para pacientes internos con trastornos de uso de sustancias nocivas</p> <p>Estancias a corto o largo plazo para que los miembros reciban un tratamiento. Ejemplo: Tratamiento para el abuso del alcohol</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.</p>	<p></p> <p>No se requiere una autorización previa, pero es posible que sí se requiera una valoración por parte del proveedor.</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de tratamiento asistido con medicamentos (MAT) para trastornos de uso de sustancias nocivas (SUD)</p> <p>Cuidados a base de medicamentos, asesoría y otras terapias para ayudar a tratar los trastornos de uso de sustancias nocivas. Ejemplo: Metadona</p>	<p></p> <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.</p>		
<p>Servicios de salud del comportamiento para pacientes externos y entre compañeros proporcionados por un proveedor de la red</p> <p>Un tratamiento para pacientes externos que se proporciona en un entorno comunitario para atender las necesidades de salud del comportamiento del miembro.</p> <p>Los servicios proporcionados entre compañeros son servicios prestados por personas que viven con dificultades de salud del comportamiento para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar las relaciones personales • Involucrarse socialmente con los demás • Hacer planes y resolver problemas para conseguir los cuidados que se necesitan • Adoptar un estilo de vida resiliente y saludable para la recuperación <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.</p>	 <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Servicios de especialistas de salud del comportamiento</p> <p>Cuidados de proveedores especializados en ciertos padecimientos de salud del comportamiento. Ejemplo: Psiquiatra</p>		<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>No aplican límites en los beneficios de salud del comportamiento.</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.</p>	<p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	
<p>Servicios para trastornos de uso de sustancias nocivas (SUD)</p> <p>Cuidados para ayudarle a superar las adicciones y a mantenerse libre de drogas. Ejemplo: Asesoría para la desintoxicación</p> <p>Es posible que se requiera una autorización previa si acude con proveedores fuera del área.</p> <p>Los servicios y la duración del tratamiento se ajustan a las necesidades de cada miembro.</p>	<p></p> <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas al acudir con proveedores del área</p>	<p>Todos los miembros</p>

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan una autorización previa o una referencia. Si usted tiene alguna duda, llame al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 (TTY 711).

Beneficios dentales

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

Los dientes sanos son importantes a cualquier edad. Estos son algunos datos importantes sobre el cuidado dental:

- Puede ayudar a prevenir el dolor.
- Una boca sana también mantiene el corazón y el cuerpo sanos.
- Consulte a su dentista una vez al año.
- Si usted está en estado de embarazo, es recomendable mantener sus dientes y encías sanos para proteger la salud de su bebé.
- El tratamiento de los problemas dentales puede ayudarle a controlar su nivel de azúcar en sangre.



- Los niños deben realizarse a su primera revisión dental cuando cumplan 1 año de edad.
- Una infección en la boca puede propagarse al corazón, el cerebro y el cuerpo.



Su dentista de atención primaria (PCD) puede referirlo con un especialista si usted necesita ciertos tipos de cuidados. Los tipos de especialistas dentales incluyen:




- Endodoncistas (para endodoncias)
- Pedodoncistas (para adultos con necesidades especiales y niños)
- Periodoncistas (para las encías)
- Ortodoncistas (en casos extremos, para aparatos o frenillos)
- Cirujanos bucales (para extracciones que requieran de sedación o anestesia general).




Consulte la siguiente tabla para averiguar qué servicios dentales están cubiertos.





Todos los servicios cubiertos son gratuitos. Estos servicios están cubiertos siempre y cuando su proveedor indique que usted los necesita. Fíjese en la columna "Servicio" para averiguar cuántas veces puede recibir cada servicio sin costo. Fíjese en la columna "Cómo obtenerlo" para averiguar si necesita obtener una referencia o una aprobación previa para el servicio. Si aparece un * en las tablas de beneficios, eso significa que un servicio puede estar cubierto más allá de los límites indicados para los miembros menores de 21 años de edad si es médicamente necesario y apropiado.


Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Cuidados dentales urgentes y de emergencia Cuidados para problemas dentales que requieren atención inmediata. No aplican límites. Ejemplos: Dolor extremo o infección, sangrado o inflamación, lesiones en los dientes o las encías</p> <p>No aplican límites.</p>	 <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Exámenes dentales Durante un examen dental, los dentistas realizan una revisión para detectar áreas que requieran cuidados adicionales. Esto incluye la detección de caries o enfermedades de las encías.</p> <p>Miembros en estado de embarazo: Dos veces al año</p>	 <p>Se necesita una referencia si usted no consulta a su</p>	<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Miembros menores de 21 años de edad: Dos veces al año*</p> <p>Todos los demás miembros: Una vez al año</p> <p>*De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.</p>	<p>dentista de atención primaria</p>	
<p>Limpiezas dentales</p> <p>Las limpiezas dentales ayudan a conservar la salud dental a largo plazo. Durante una limpieza de rutina, se elimina la placa, el sarro y las bacterias dañinas. Esto ayuda a prevenir las caries.</p> <p>Miembros menores de 21 años: Dos veces al año.* Es posible que los miembros con ciertos padecimientos de alto riesgo puedan recibir limpiezas adicionales al año.</p> <p>Todos los demás miembros: Una vez al año. Es posible que los miembros con ciertos padecimientos de alto riesgo puedan recibir limpiezas adicionales al año.</p> <p>*De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.</p>	<p></p> <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Barniz de flúor</p> <p>Un tratamiento dental que ayuda a fortalecer y proteger los dientes.</p> <p>Miembros menores de 21 años: Dos veces al año*</p> <p>Adultos y jóvenes con padecimientos de alto riesgo: Hasta cuatro veces al año*</p>	<p></p> <p>Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas</p>	<p>Todos los miembros</p>

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
Todos los demás adultos: Una vez al año*		
<p>Radiografías orales Las radiografías obtienen una imagen de sus dientes y huesos. El dentista las utiliza para valorar su salud dental. Las radiografías de rutina se cubren una vez al año o con una mayor frecuencia si son médica y dentalmente apropiadas.</p> <p>*De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.</p>	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros
<p>Selladores Capas de protección muy finas que se aplican en los dientes traseros (molares) para ayudar a prevenir las caries durante muchos años.</p> <p>*Miembros menores de 16 años de edad, una vez cada 5 años en los dientes traseros permanentes.</p> <p>Los selladores no están cubiertos en el caso de los adultos.</p>	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Miembros menores de 16 años*
<p>Empastes Un empaste se utiliza para tapar un pequeño agujero, o caries, en un diente. No aplican límites. El reemplazo de un empaste del color del diente que no se ve al sonreír se limita a una vez cada 5 años.</p> <p>Sin límite.</p> <p>*De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es</p>	 Sin necesidad de referencias o autorizaciones previas	Todos los miembros*

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.</p>		
<p>Dentaduras parciales o completas Las dentaduras postizas reemplazan a los dientes perdidos. Hay dos tipos de dentaduras: dentaduras completas y parciales. Las prótesis completas se utilizan cuando faltan todos los dientes y las parciales cuando quedan algunos dientes naturales.</p> <p>Dentaduras parciales: Una vez cada 5 años Dentaduras completas: Una vez cada 10 años</p> <p>Su DCO puede requerir una autorización para las dentaduras postizas. Póngase en contacto con su DCO.</p> <p>*De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.</p>	 <p>Es posible que se requiera una autorización previa. Póngase en contacto con su DCO para obtener más información.</p>  <p>Se requiere una referencia si usted no consulta a su dentista de atención primaria</p>	<p>Todos los miembros</p>
<p>Coronas Una corona dental es una funda en forma de diente que restaura un diente deteriorado por caries, roto, débil o desgastado. Los dentistas también utilizan las coronas para cubrir implantes o conductos radiculares.</p> <p>Las coronas no se cubren en el caso de todos los dientes, sólo para ciertos dientes frontales superiores e inferiores. Se limita a 4 coronas cada 7 años.*</p> <p>Usted debe cumplir con ciertos requisitos para ser elegible para una corona. Los beneficios varían según el tipo de corona, los dientes específicos que requieren cuidados, la edad y el</p>	 <p>Es posible que se requiera una autorización previa. Póngase en contacto con su DCO para obtener más información.</p>	<p>Miembros en estado de embarazo o miembros menores de 21 años*</p>

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>estado de embarazo. Póngase en contacto con su plan de salud dental.</p> <p>*De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.</p>	 <p>Se requiere una referencia si usted no consulta a su dentista de atención primaria</p>	
<p>Extracciones Las remoción completa de un diente desde el alveolo.</p> <p>Sin límite.</p>	 <p>Se requiere una referencia si usted no consulta a su dentista de atención primaria</p>	Todos los miembros
<p>Terapia de conducto radicular (endodoncia) La terapia de conducto radicular (endodoncia) es un procedimiento dental para reparar y preservar un diente cuando está muy deteriorado por caries, dañado o infectado, mediante la extracción del centro del diente.</p> <p>Todos los miembros: Se cubren los dientes frontales y premolares Miembros en estado de embarazo: Cobertura adicional de los primeros molares</p> <p>Miembros menores de 21 años: Cobertura adicional de los primeros y segundos molares (no se cubren los terceros molares/muelas del juicio)</p>	 <p>Se requiera una autorización previa para los molares</p>  <p>Se requiere una referencia si usted no consulta a su dentista de atención primaria</p>	Todos los miembros

Servicio	Cómo obtenerlo	¿Quién puede obtenerlo?
<p>Su DCO puede requerir una autorización para la terapia de conducto radicular. Póngase en contacto con su DCO.</p> <p>*De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.</p>		
<p>Ortodoncia Cuidados para diagnosticar y tratar la desalineación de los dientes y la mandíbula. Ejemplos: Labio leporino y paladar hendido o cuando el habla, la masticación u otras funciones se vean afectadas. Es necesario contar con la aprobación de su dentista y no tener caries ni enfermedades de las encías.</p> <p>Los servicios de ortodoncia sólo están cubiertos para tratar anomalías craneofaciales graves y maloclusiones graves para miembros menores de 21 años que cumplan los lineamientos de elegibilidad del OHP. Póngase en contacto con su DCO para conocer los pasos adicionales.</p> <p>*De acuerdo con los requisitos de EPSDT, los miembros menores de 21 años pueden acceder a todos los servicios dentales médicamente necesarios y médicamente apropiados. Es posible que en esta tabla no aparezcan todos los servicios disponibles bajo EPSDT.</p>	 <p>Se requiere una autorización previa</p>	<p>Miembros menores de 21 años*</p>

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan una autorización previa o una referencia. Si usted tiene alguna duda, llame al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 (TTY 711).

Miembros del Programa Dental para Veteranos y del Programa Dental Compact of Free Association (COFA)

Si usted es miembro del Programa Dental para Veteranos o del Programa Dental COFA ("OHP Dental"), PacificSource Community Solutions **sólo** proporciona beneficios dentales y servicios de transporte gratuito (NEMT) a las consultas con su dentista.

El OHP y PacificSource Community Solutions no proporcionan un acceso a los servicios de salud física o del comportamiento ni un transporte gratuito para estos servicios.

Si usted tiene alguna duda sobre la cobertura y los beneficios disponibles, póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions llamando al 800-431-4135 (TTY 711).

Beneficios de OHP Bridge para adultos de mayores ingresos

OHP Bridge es un nuevo paquete de beneficios que cubre a los adultos de mayores ingresos. Los beneficios de OHP Bridge no tienen costo alguno. Las personas elegibles para los beneficios de OHP Bridge:

- Tienen entre 19 y 64 años de edad;
- Tienen un ingreso de entre el 138 y el 200 por ciento del nivel de pobreza federal (FPL);
- Tienen un estatus de ciudadanía o migración elegible; y
- No tienen acceso a otro seguro de salud asequible.

Si usted reporta un mayor ingreso cuando renueve su cobertura del OHP, es posible que se le transfiera 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 a 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 su capacidad para sentirse bien y mantenerse saludable. Estos servicios ayudan a los miembros que tienen cambios importantes en sus vidas. Obtenga más información en

<https://www.oregon.gov/OHA/HSD/MedicaidPolicy/Pages/HRSN.aspx>

Por favor consulte a PacificSource Community Solutions para averiguar qué beneficios gratuitos de HRSN están disponibles. Los beneficios de HRSN incluyen:

- Servicios de vivienda: Ayuda con la renta y los servicios públicos, gastos de almacenamiento, modificaciones y rehabilitación de la vivienda, y servicios para apoyarle como inquilino.
- Apoyos relacionados con el clima: Apoyo para conseguir aparatos de aire acondicionado, calefactores, dispositivos de filtración de aire, suministros de energía portátiles y mini-refrigeradores por cuestiones de salud.
- Servicios de nutrición: Ayuda para que las personas tengan una dieta sana, incluyendo educación nutricional, fondos para comprar comestibles, comidas calientes, frutas y verduras o entrega de comidas médicamente adaptadas para personas con problemas de salud específicos.

Es posible que usted pueda obtener algunos o todos los beneficios de HRSN si es miembro del OHP y cumple con uno o más de los siguientes requisitos:

- Usted es una persona sin hogar o tiene unos ingresos iguales o menores al 30% de los ingresos promedio del área y no cuenta con recursos o redes de apoyo para evitar la falta de vivienda;
- A usted le dieron de alta de una institución para enfermedades mentales durante los últimos 12 meses;
- Usted fue puesto en libertad de una institución penitenciaria durante los últimos 12 meses;
- Usted está o estuvo involucrado en el sistema de bienestar infantil de Oregon;
- Usted es un adulto joven con necesidades especiales de cuidado de la salud; o
- Usted es una persona que tiene obtuvo una doble elegibilidad para el OHP y Medicare durante los últimos nueve meses o que tendrá dicha doble elegibilidad dentro de los tres siguientes meses.

Usted también debe cumplir con otros criterios. Si tiene alguna duda o desea que le realicen una valoración de necesidades, póngase en contacto con PacificSource Community Solutions. PacificSource Community Solutions puede ayudarle a programar citas para los beneficios de HRSN.

Tenga en cuenta que para ser valorado y obtener los beneficios de HRSN, es posible que sus datos personales se recopilen y se utilicen para referencias. Usted puede limitar cómo se comparte su información.

Si su solicitud es aprobada, usted puede elegir cómo desea obtener los beneficios de HRSN. Los beneficios de HRSN son gratuitos y usted puede optar por dejar de recibirlos en cualquier momento. Si usted recibe los beneficios de HRSN, su equipo de coordinación de los cuidados trabajará con usted para asegurarse de que su plan de

cuidados está actualizado. Consulte la sección “Coordinación de los cuidados” para obtener más información sobre los planes de cuidados.

Si le niegan los beneficios de HRSN, usted recibirá una notificación por escrito y tendrá el derecho de presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión. Para obtener más información, consulte la sección “Quejas, apelaciones y audiencias imparciales”.

Notas importantes:

- No se puede utilizar el servicio de transporte NEMT para los servicios de HRSN.
- Los beneficios de OHP Bridge no cubren los servicios de HRSN.

Servicios que paga el OHP

PacificSource Community Solutions paga sus cuidados de salud, pero hay algunos servicios que no pagamos. Estos servicios siguen estando cubiertos y serán pagados a través del programa de pago por servicio (tarjeta abierta) del Plan de Salud de Oregon. Las CCO a veces se refieren a estos servicios como beneficios "no cubiertos". Hay dos tipos de servicios que el OHP paga directamente:

1. Servicios en los que usted reciba una coordinación de los cuidados por parte de PacificSource Community Solutions.
2. Servicios en los que usted reciba una coordinación de los cuidados por parte del OHP.

Servicios con una coordinación de los cuidados de PacificSource Community Solutions

PacificSource Community Solutions le ofrece una coordinación de los cuidados para algunos servicios. La coordinación de los cuidados significa que ModivCare le proporcionará un transporte gratuito para los servicios cubiertos, actividades de apoyo y cualquier recurso que necesite para los servicios no cubiertos.

Póngase en contacto con PacificSource Community Solutions para los siguientes servicios:

- Los servicios de Parto Comunitario Planificado (PCB), incluyen atención prenatal y posparto para personas con embarazos de bajo riesgo, según lo determine la División de Sistemas de Salud de la OHA. La OHA es responsable de proporcionar y pagar los servicios primarios del PCB, incluyendo como mínimo, para aquellos miembros aprobados para el PCB, la valoración inicial del recién nacido, las pruebas de detección (tamizaje) del recién nacido (incluyendo el kit de detección), la atención del parto, las visitas prenatales y los cuidados posparto.
- Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que no sean pagados por PacificSource Community Solutions

- Servicios de Family Connects Oregon, los cuales ofrecen apoyo a las familias con recién nacidos. Obtenga más información en <https://www.familyconnectsoregon.org/>.
- Ayuda para que los miembros puedan acceder a los servicios de salud del comportamiento. Algunos ejemplos de estos servicios son:
 - Ciertos medicamentos para algunos padecimientos de salud del comportamiento
 - Hogares de grupo terapéutico para miembros menores de 21 años
 - Cuidados psiquiátricos a largo plazo (salud del comportamiento) para miembros de 18 años de edad y mayores
 - Cuidados personales en hogares de acogida de adultos para miembros de 18 años y mayores

Para obtener más información o consultar una lista completa de estos servicios, llame al equipo de Administración de los Cuidados al 888-970-2507 o al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 (TTY 711).

Servicios que el OHP paga y proporciona una coordinación de los cuidados

Póngase en contacto con el OHP para los siguientes servicios:

- Servicios de cuidados paliativos (hospicio) para miembros que vivan en instituciones de enfermería especializada
- Servicios escolares provistos bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA). Para niños que reciban servicios médicos en la escuela, tales como terapia del habla.
- Exámenes médicos para determinar si usted califica para un programa de ayuda o para la planificación de su caso
- Servicios proporcionados a los miembros del programa Healthier Oregon
- Abortos y otros procedimientos para interrumpir el embarazo
- Suicidio asistido por un médico según la Ley de Fallecimiento Digno de Oregon y otros servicios

Comuníquese con el equipo de Coordinación de los Cuidados Acentra del OHP al 800-562-4620 para obtener más información y asistencia con estos servicios.

Usted puede recibir servicios de transporte sin costo de ModivCare para recibir cualquiera de estos servicios. Consulte la sección “Transporte gratuito para acudir a sus consultas” para obtener más información. Llame al 855-397-3619 (TTY 711) para solicitar el servicio de transporte o si usted tiene alguna duda.

Objeciones morales o religiosas

PacificSource Community Solutions no limita los servicios en base a objeciones morales o religiosas. Es posible que algunos proveedores de nuestra red tengan

objeciones morales o religiosas. Póngase en contacto con nosotros al teléfono 800-431-4135 (TTY: 71 1) si tiene alguna duda al respecto. Podemos ayudarle a encontrar un proveedor que pueda proporcionarle el servicio.

Acceso a los cuidados que usted necesita

Acceso significa que usted puede recibir los cuidados que necesita. Usted puede acceder a sus cuidados de una manera que se adapte a sus necesidades culturales y lingüísticas. PacificSource Community Solutions se asegurará de coordinar sus cuidados para cubrir sus necesidades de acceso. Consulte la sección “Coordinación de los cuidados” para obtener más información. En caso de que PacificSource Community Solutions no trabaje con un proveedor médico que cumpla con sus necesidades de acceso, usted puede obtener estos servicios fuera de la red. PacificSource Community Solutions se asegura de que los servicios estén cerca de donde usted vive o cerca de donde desea recibirlos. Esto significa tener suficientes proveedores en el área y diferentes tipos de proveedores entre los que usted pueda elegir.

Llevamos un registro de nuestra red de proveedores para asegurarnos de tener a los médicos de atención primaria y los especialistas que usted necesita. También nos aseguramos de que usted pueda acceder a todos los servicios cubiertos en su área.

PacificSource Community Solutions cumple con las reglas del estado sobre la distancia que usted tendría que recorrer para consultar a un proveedor de servicios de salud. Las reglas varían dependiendo del proveedor que usted consulte y de la zona donde viva. Los proveedores de atención primaria son de "Nivel 1", lo que significa que estarán más cerca de usted que un especialista como un dermatólogo, que es de "Nivel 3". Si usted vive en un área remota, tardará más tiempo en llegar a la consulta con un proveedor que si vive en una zona urbana. Si usted necesita ayuda para transportarse de ida y vuelta a sus consultas, consulte la sección “Transporte gratuito para acudir a sus consultas”.

En la siguiente tabla se enlistan los niveles de los proveedores y el tiempo (en minutos) o la distancia (en millas) a la que se encuentran según el lugar donde usted viva.

	Áreas urbanas grandes	Áreas urbanas	Áreas rurales	Condados con dificultades de acceso extremas
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 cuáles proveedores corresponden a los distintos niveles, visite el sitio web de adecuación de la red de la OHA en:

<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/network.aspx>

¿No está seguro del tipo de área donde usted vive? Consulte el mapa en la siguiente página:

Tipos de áreas:

- **Áreas urbanas grandes (3):** Áreas urbanas conectadas, según la definición anterior, con una población combinada igual o mayor a 1,000,000 de personas y una densidad de población igual o mayor a 1,000 personas por milla cuadrada.
- **Áreas urbanas (2):** Áreas ubicadas a una distancia de 10 millas o menos de una ciudad con 40,000 habitantes o más.
- **Áreas rurales (1):** Áreas ubicadas a más de 10 millas de distancias de una ciudad con 40,000 habitantes con una densidad de población del condado mayor a 10 personas por milla cuadrada.
- **Condados con dificultades de acceso extremas (4):** Condados con 10 o menos habitantes por milla cuadrada.

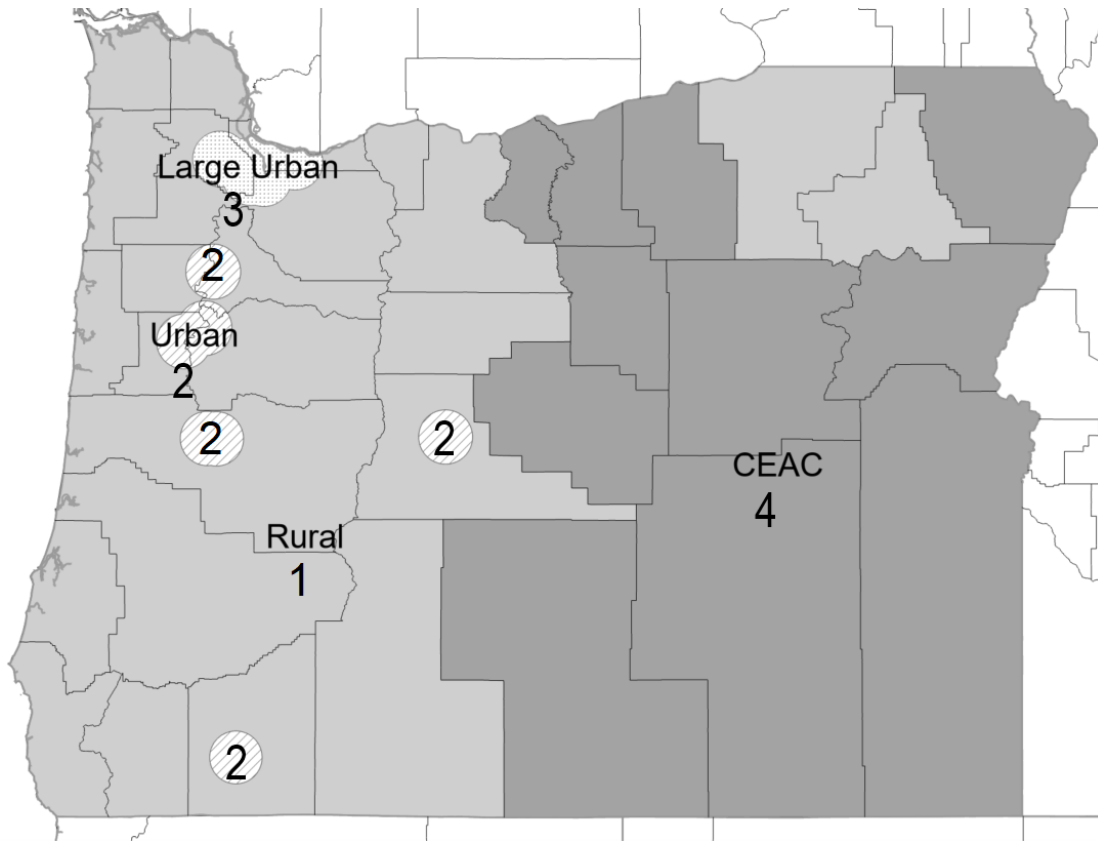


Figura 1: Mapa de las regiones geográficas de Oregon definidas con respecto a la adecuación de la red. Las distinciones de área incluyen: Área urbana grande, Área urbana, Área rural y Condado con dificultades de acceso extremas (CEAC).

Nuestros proveedores también se asegurarán de que usted pueda acceder físicamente, reciba las adaptaciones razonables que requiera y disponga de equipos accesibles si tiene discapacidades físicas y/o mentales. Póngase en contacto con PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 para solicitar una adaptación. Los proveedores médicos también se aseguran de que los horarios de las consultas sean los mismos para los miembros del OHP y para todos los demás.

Cuánto tiempo tarda recibir los cuidados

Trabajamos con los proveedores para asegurarnos de que usted sea atendido, tratado o referido dentro de los plazos indicados a continuación:

Tipo de cuidados	Plazo
Salud física	
Consultas normales	Dentro de un plazo de 4 semanas
Cuidados urgentes	Dentro de un plazo de 72 horas o según se indique en la valoración inicial.
Cuidados de emergencia	Inmediatamente o usted será referido a un departamento de emergencias dependiendo de su estado de salud.

Cuidados dentales y bucales para niños y personas no embarazadas	
Consultas periódicas de salud dental/bucal	Dentro de un plazo de 8 semanas, a menos de que haya un motivo clínico para esperar más tiempo.
Cuidados dentales/bucales urgentes	Dentro de un plazo de 2 semanas.
Servicios dentales de emergencia	Usted será atendido o recibirá un tratamiento en las siguientes 24 horas
Cuidados dentales y bucales para personas embarazadas	
Cuidados dentales/bucales de rutina	Dentro de un plazo de 4 semanas, a menos de que haya un motivo clínico para esperar más tiempo.
Cuidados dentales urgentes	Dentro de un plazo de 1 semana
Servicios dentales de emergencia	Usted será atendido o recibirá un tratamiento en las siguientes 24 horas
Salud del comportamiento	
Cuidados de salud del comportamiento de rutina para poblaciones no prioritarias	Valoración dentro de un plazo de 7 días a partir de la solicitud, con una segunda cita programada según sea clínicamente apropiado.
Cuidados urgentes de salud del comportamiento para todas las poblaciones	Dentro de un plazo de 24 horas.
Cuidados especializados de salud del comportamiento para poblaciones prioritarias*	
Personas embarazadas, veteranos y sus familias, personas con hijos, cuidadores no remunerados, familias y niños de 0 a 5 años, miembros con VIH/SIDA o tuberculosis, miembros en riesgo de un primer episodio de psicosis y la población I/DD	Valoración e ingreso inmediato. Si se requieren servicios provisionales porque no hay proveedores con citas disponibles, se debe proporcionar un tratamiento en el nivel adecuado de atención en un plazo de 120 días a partir de la fecha en que se ingrese al paciente a la lista de espera.
Tipo de cuidados	Plazo
Usuarios de drogas intravenosas (incluyendo heroína)	Valoración e ingreso inmediato. La admisión para los servicios en un nivel de atención residencial debe realizarse en un plazo de 14 días a partir de la solicitud o de 120 días cuando se anote en una lista de espera porque no hay proveedores disponibles.
Trastornos por uso de opioides	Valoración e ingreso dentro de un plazo de 72 horas.

Tratamiento asistido con medicamentos	Lo más pronto posible, pero sin exceder de 72 horas para la valoración y el ingreso.
---------------------------------------	--

*Para servicios especializados de salud del comportamiento si no hay habitaciones o lugares disponibles:

- Se le anotará en una lista de espera.
- Usted recibirá otros servicios dentro de un plazo de 72 horas.
- Estos servicios serán temporales hasta que haya una habitación o un lugar disponible.

Si usted tiene alguna duda sobre el acceso a los cuidados, llame a nuestro departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY 711).

Beneficios integrales y preventivos para miembros menores de 21 años

Los beneficios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) ofrecen servicios de salud integrales y preventivos para miembros del OHP desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. Este programa le proporciona los cuidados que necesita para su salud y desarrollo. Estos servicios pueden detectar oportunamente los problemas y ayudar a resolverlos, tratar enfermedades y apoyar a niños con discapacidades.

No es necesario que usted se inscriba por separado en EPSDT; los miembros menores de 21 años de edad que estén inscritos en el OHP pueden recibir estos beneficios. A partir de 2025, los adultos jóvenes con necesidades especiales del cuidado de la salud (de 19 a 25 años) también pueden ser elegibles para los beneficios de EPSDT. Para obtener más información, póngase en contacto con PacificSource Community Solutions.

Cobertura de EPSDT:

- Cualquier servicio necesario para detectar o tratar enfermedades, lesiones u otros cambios en la salud.
- Los exámenes médicos para niños sanos y las consultas para adolescentes sanos, las pruebas de detección y los servicios de diagnóstico para determinar si existen padecimientos físicos, dentales/orales, del desarrollo y de salud mental para miembros menores de 21 años de edad.
- Referencias, tratamientos, terapias y otras medidas para ayudar con cualquier padecimiento que se detecte.

PacificSource Community Solutions proporciona lo siguiente a los miembros menores de 21 años de edad:

- Evaluaciones y exámenes periódicos de la salud física y mental, el desarrollo, la salud dental/oral, el crecimiento y el estado nutricional.
 - Si PacificSource Community Solutions no cubre la salud dental/oral, usted puede obtener estos servicios a través del OHP llamando al 1-800-273-0557.
- Todos los servicios médicamente necesarios y apropiados deben estar cubiertos para los miembros menores de 21 años, sin importar si estaban cubiertos en el pasado (esto incluye cuestiones que estén "por debajo de la línea" en la Lista Prioritizada). Consulte la sección "Sus beneficios" para obtener más información sobre la Lista Prioritizada.

De acuerdo con EPSDT, PacificSource Community Solutions no negará un servicio sin antes determinar si es médicamente necesario y médicamente apropiado para usted.

- Por lo general, *médicamente necesario* se refiere a un tratamiento necesario para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para apoyar el crecimiento, el desarrollo, la independencia y la participación en la escuela.
- Por lo general, *médicamente apropiado* significa que el tratamiento es seguro, eficaz y le ayuda a participar en los cuidados y actividades. PacificSource Community Solutions puede optar por cubrir la opción menos costosa que sea adecuada para usted.

Usted siempre debe recibir una notificación por escrito cuando se le niegue un servicio o tratamiento y tiene derecho de apelar si no está de acuerdo con la decisión. Consulte la sección "Quejas, apelaciones y audiencias imparciales" para obtener más información.

Esto incluye *todos los* servicios:

- Salud física;
- Salud del comportamiento;
- Salud dental; y
- Necesidades del cuidado de la salud social.

Si usted o un miembro de su familia necesita servicios de EPSDT, consulte a su médico de atención primaria (PCP) o hable con un coordinador de cuidados llamando al 800-431-4135 (TTY 711). El/ella le ayudará a obtener los cuidados que usted necesita. Si algún servicio necesita ser aprobado, su PCP se encargará de eso. Acuda con su dentista de atención primaria si necesita servicios dentales de EPSDT. Todos los servicios de EPSDT son gratuitos.

Ayuda para obtener los servicios de EPSDT

- Llame al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 (TTY 711). También puede visitar nuestro sitio web: <https://pacificsource.com/medicaid>.

- PacificSource Community Solutions trabaja con tres planes de cuidados dentales: Para recibir servicios dentales u obtener más información, llame a:
 - **Servicio al Cliente de Advantage Dental Services:** 866-268-9631 (atención 24/7 para emergencias dentales), TTY 711
 - **Servicio al Cliente de Capitol Dental Care:** 800-525-6800 (atención 24/7 para emergencias dentales), TTY 711
 - **Servicio al Cliente de ODS Community Dental:** 800-342-0526, TTY: 711
- Usted puede utilizar el servicio de transporte gratuito de ida y vuelta para acudir a las consultas cubiertas con los proveedores de EPSDT. Llame al 800-431-4135 para solicitar el servicio de transporte u obtener más información.
- También puede preguntar a su PCP o visitar nuestro sitio web <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/preventive-care-members-under-21> para obtener una copia del calendario de periodicidad. Este calendario le indica cuándo deben consultar los niños a su PCP.

Pruebas y consultas de detección

Las consultas de detección cubiertas se llevan a cabo en intervalos apropiados para la edad (e incluyen las consultas para niños sanos y las consultas para adolescentes sanos). PacificSource Community Solutions y su PCP siguen los lineamientos de la Academia Americana de Pediatría y de Bright Futures en relación con las consultas de detección de cuidados preventivos y las consultas para niños sanos. Consulte la información de Bright Futures en: <https://www.aap.org/brightfutures>. Usted puede utilizar el [planificador de consultas para personas sanas](#) para prepararse para estas consultas de detección.

Su PCP le ayudará a obtener estos servicios y tratamientos cuando lo requieran los lineamientos.

Las consultas de detección incluyen:

- Valoraciones del desarrollo
- Pruebas de detección del plomo
 - Los niños deben realizarse pruebas de detección del plomo en la sangre a los 12 y 24 meses de edad. Cualquier niño de 24 a 72 meses de edad que no se haya realizado una prueba de detección del plomo en la sangre debe realizarse dicha prueba.
 - Responder a un cuestionario de evaluación de riesgos no cumple con el requisito de realizarse una prueba de detección del plomo para los niños inscritos en el OHP. Todos los niños que presenten intoxicación por plomo pueden recibir servicios de manejo de casos de seguimiento.
- Otras pruebas de laboratorio necesarias (como la prueba de anemia, la prueba de células falciformes y otras pruebas) en base a la edad y el riesgo.

- Evaluación del estado nutricional.
- Examen físico general sin ropa con inspección de dientes y encías.
- Historial completo de salud y desarrollo (incluyendo la valoración del desarrollo de la salud física y mental).
- Inmunizaciones (vacunas) que cumplan con las normas médicas:
 - Calendario de vacunación infantil (desde el nacimiento hasta los 18 años): https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html
 - Calendario de vacunación para adultos (19+ años): https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/adult-age.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html
- Orientación y educación sobre la salud para padres e hijos.
- Referencias para tratamientos de salud física y mental que sean médicamente necesarios.
- Pruebas de la vista y la audición que sean necesarias.
- Y otros.

Las consultas cubiertas también incluyen las revisiones o exámenes no programados que pueden realizarse en cualquier momento debido a una enfermedad o a un cambio en la salud o el desarrollo.

Referencias, diagnóstico y tratamiento de EPSDT

Su proveedor de atención primaria puede referirlo a otro proveedor si detecta una enfermedad física, mental, dental o de abuso de sustancias. Ese proveedor podrá realizarle otras pruebas de diagnóstico y/o recomendarle otros tratamientos.

El proveedor que realice las pruebas de detección le explicará a los padres o tutores del niño la necesidad de referirlo. Si usted está de acuerdo con la referencia, el proveedor se encargará del papeleo.

PacificSource Community Solutions o el OHP le ayudarán a encontrar un proveedor, programar una cita y coordinar los cuidados.

Las pruebas pueden detectar la necesidad de obtener los siguientes servicios:

- Diagnóstico y tratamiento de deficiencias visuales y auditivas, incluyendo anteojos y aparatos auditivos.
- Cuidados dentales a una edad tan temprana como sea necesario, según se requieran para aliviar el dolor y las infecciones, restaurar los dientes y mantener la salud dental.

- Inmunizaciones (si se determina al momento de realizar la prueba de detección que es necesario y recomendable vacunar al paciente durante la consulta de la prueba de detección, entonces se deberá vacunar al paciente en ese momento).

Estos servicios deben proporcionarse a los miembros elegibles menores de 21 años de edad que los necesiten. Los tratamientos que estén "por debajo de la línea" en la Lista Prioritizada de Servicios de Salud están cubiertos para los miembros menores de 21 años cuando sean médicamente necesarios y médicamente apropiados (consulte más información en la sección anterior).

- Si le informamos que el servicio no está cubierto por el OHP, usted tiene el derecho de apelar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la sección "Quejas, apelaciones y audiencias imparciales".

PacificSource Community Solutions ofrecerá ayuda para referir a los miembros o a sus representantes a los servicios sociales, programas educativos, programas de asistencia nutricional y otros servicios.

Para obtener más información sobre la cobertura de EPSDT, visite www.Oregon.gov/EPSDT y consulte la hoja informativa para miembros. PacificSource Community Solutions también cuenta con información en <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/preventive-care-members-under-21>.

Trabajadores de salud tradicionales (THW)

Los trabajadores de salud tradicionales (THW) le ofrecen apoyo y ayuda para resolver las dudas que usted tenga respecto al cuidado de su salud y sus necesidades sociales. Apoyan la comunicación entre sus proveedores del cuidado de la salud y otras personas involucradas en sus cuidados. También pueden ponerle en contacto con las personas o los servicios que puedan apoyarle.

Existen varios tipos de trabajadores de salud tradicionales:

- **Doula (asistente de parto):** Alguien que ayuda a las personas y a sus familias proporcionando un apoyo personal no médico. Las doulas ayudan durante el embarazo, el parto y después de que nazca el bebé.
- **Trabajador de salud comunitario (CHW):** Un trabajador de salud comunitario que entiende a la gente y la comunidad donde usted vive. Esta persona le ayuda a acceder a los servicios comunitarios y de salud. Los trabajadores de salud comunitarios le ayudan a adoptar comportamientos saludables. Generalmente comparten con usted el mismo origen étnico, lenguaje o experiencias de vida.
- **Asesor de salud personal (PHN):** Una persona que le proporciona información, herramientas y apoyo para ayudarle a tomar las mejores decisiones sobre su salud y bienestar en base a su situación.

- **Compañero especializado en apoyo (PSS):** Alguien que ha tenido experiencias de vida con la salud mental, la adicción y/o la recuperación. Un PSS también puede ser alguien que apoyó a un miembro de su familia con problemas de salud mental y/o que haya recibido un tratamiento para la adicción. Los especialistas dan apoyo, ánimo y ayuda a las personas que se enfrentan a adicciones y problemas de salud mental.
- **Compañero especializado en bienestar (PWS):** Una persona que trabaja como parte de un equipo de cuidados de salud en el hogar y que habla en nombre de usted y de sus necesidades. Estos especialistas apoyan la salud general de las personas de su comunidad y pueden ayudarle a recuperarse de adicciones, problemas de salud mental o padecimientos físicos.

Los trabajadores de salud tradicionales de las tribus (THW) pueden ayudarle con muchas cuestiones, incluyendo:

- Colaborar con usted y su coordinador de cuidados para buscar un nuevo proveedor.
- Recibir los cuidados que usted busca y necesita.
- Ponerle en contacto con personas que le expliquen sus beneficios.
- Proporcionar información y apoyo sobre los servicios de salud mental y/o para adicciones.
- Información y referencia a los recursos comunitarios que usted podría aprovechar.
- Alguien de su comunidad con quien hablar.
- Acompañarle a las citas con sus proveedores de servicios de salud.

No es necesario que usted sea referido para hablar con un THW. El equipo de Coordinación de los Cuidados del Departamento de Administración de la Atención Médica de PacificSource cuenta con THW certificados como Asesores de Salud Personal. Si desea hablar con un Coordinador de Cuidados, llame al teléfono 541-330-2507 o sin costo al 888-970-2507.

Comuníquese con nuestro enlace de THW para obtener más información sobre los THW y cómo utilizar sus servicios.

Información de contacto del Enlace de THW:

Si usted desea hablar con un Enlace de THW o recibir los servicios de un THW en su comunidad o en el consultorio de su proveedor, por favor llame al 541-640-8742.

En caso de que cambie la información de contacto del enlace de THW, usted podrá consultar la información actualizada en nuestro sitio web:

<https://pacificsource.com/medicaid/get-care/traditional-health-workers>.

Servicios adicionales

Servicios relacionados con la salud

Los servicios relacionados con la salud (HRS) son servicios adicionales que ofrece PacificSource Community Solutions y que no son beneficios regulares del OHP. Los servicios HRS ayudan a mejorar la salud y el bienestar general de los miembros y de la comunidad. Los servicios HRS incluyen servicios flexibles para los miembros e iniciativas de beneficio comunitario para los miembros y la comunidad en general. Debido a que los servicios HRS no son beneficios regulares del OHP, los miembros no tienen derechos de apelación respecto a estos servicios a diferencia de los servicios cubiertos.

Servicios flexibles

Los servicios flexibles son apoyos para obtener artículos o servicios que ayudan a los miembros a mejorar o conservar su estado de salud. PacificSource Community Solutions ofrece los siguientes servicios flexibles:

- Clases de acondicionamiento físico o tarjetas para perforar
- Aires acondicionados cuando haga mucho calor
- Alojamiento de emergencia después del alta hospitalaria

Estos son ejemplos de otros servicios flexibles:

- Ayuda con los alimentos, como por ejemplo entrega de comestibles, vales para alimentos o comidas adaptadas a las necesidades médicas
- Ayuda para la vivienda a corto plazo, como depósitos de renta en apoyo de los gastos de mudanza, ayuda para el pago de la renta a corto plazo o gastos de instalación de los servicios públicos
- Vivienda o albergue temporal mientras se recupera de una hospitalización
- Artículos que fomenten los comportamientos saludables, tales como calzado o ropa deportiva
- Teléfonos móviles o dispositivos para acceder a las aplicaciones de salud o la telesalud
- Otros artículos que lo mantengan saludable, como un aire acondicionado o un dispositivo de filtración del aire

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

Cómo obtener los servicios flexibles para usted o un miembro de su familia

Usted puede colaborar con su proveedor de salud para solicitar los servicios flexibles o puede llamar al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 para que le ayuden a solicitar un servicio flexible. También puede descargar un formulario desde nuestro sitio web:

<https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-documents-and-forms>.

Los servicios flexibles no son un beneficio cubierto para los miembros y las CCOs no tienen la obligación de proporcionarlos. Las decisiones de aprobar o denegar las solicitudes de servicios flexibles se toman caso por caso.

Las solicitudes deben cumplir con lo dispuesto en la Regla Administrativa de Oregon 410-141-3845 para que sean elegibles.

Los artículos y servicios solicitados:

- Deben ser económicos (costo efectivo)
- No deben estar cubiertos por el Plan de Salud de Oregon
- Deben estar diseñados para mejorar la calidad de la salud
- Deben mejorar objetivamente los resultados de salud
- Deben basarse en la medicina basada en evidencias o en las prácticas clínicas ampliamente aceptadas
- Deben ser consistentes con su plan de tratamiento y apoyadas por su proveedor de servicios de salud

Si se niega su solicitud de servicio flexible, usted recibirá una carta para explicarle cuáles son sus opciones. No es posible apelar una decisión de denegación de un servicio flexible, pero usted tiene el derecho de presentar una queja. Obtenga más información sobre las quejas y apelaciones en la sección “Quejas, apelaciones y audiencias imparciales”.

Si usted está inscrito en el OHP y tiene dificultades para recibir los cuidados, póngase en contacto con el Programa Ombuds de la OHA. Los Ombuds son defensores de los miembros del OHP y harán todo lo posible por ayudarle. Envíe un email a OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov o deje un mensaje al teléfono 877-642-0450.

Otro recurso para obtener ayuda y servicios en su comunidad es 211 Info. Llame al 2-1-1 o visite el sitio web <https://www.211info.org/> para obtener ayuda.

Iniciativas de beneficio comunitario

Las iniciativas de beneficio comunitario ofrecen un financiamiento para los programas y para la comunidad en general, incluyendo los miembros de la CCO, con el propósito es mejorar la salud y el bienestar de la comunidad.

Algunos ejemplos de las iniciativas de beneficio comunitario de PacificSource Community Solutions incluyen:

- Apoyar los programas que utilizan trabajadores de salud tradicionales para coordinar la atención comunitaria a los hogares/personas que tienen dificultades para acceder a los recursos por sí mismos (vivienda, alimentos, cuidado de la salud, empleo, etc.).
- Proporcionar kits de salud dental (cepillos de dientes y pasta de dientes con flúor) sin costo alguno y adecuados a la edad de los niños de bajos ingresos.

- Apoyar los programas comunitarios que fomentan el éxito académico y el desarrollo socio-emocional a través del aprendizaje situacional y los programas estructurados.

Algunos ejemplos de otras iniciativas de beneficio comunitario incluyen:

- Clases de educación para padres de familia y apoyo familiar
- Programas comunitarios que ayuden a las personas a acceder a frutas y verduras frescas a través de los mercados agrícolas
- Programas comunitarios que ayudan a las personas a obtener o mantener una vivienda segura y estable
- Mejoras en el transporte activo, como ciclovías y aceras seguras
- Programas escolares que fomenten un entorno enriquecedor para mejorar la salud socioemocional y el aprendizaje académico de los alumnos
- Entrenamiento para profesores y organizaciones comunitarias dedicadas a los niños en relación con las prácticas informadas sobre el trauma

Puntos de acceso abierto

En la mayoría de las regiones de Oregon, tenemos acuerdos especiales con los Centros de Salud con Calificación Federal (FQHC) y Centros de Salud Comunitarios Rurales (RCHC). Estos acuerdos especiales permiten que nuestros miembros se atiendan en este tipo de instituciones sin estar asignados a ellas y sin necesidad de una referencia.

Si usted desea recibir servicios de salud bucal en una de estas instituciones, puede llamar a la institución y preguntar si trabajan con PacificSource o con su plan dental como un "punto de acceso abierto". También puede llamar al departamento de Servicio al Cliente y solicitar una lista actualizada de los puntos de acceso abierto de su región.

Transporte gratuito para acudir a sus consultas Servicios de transporte sin costo para todos los miembros de PacificSource Community Solutions.

Si usted necesita ayuda para transportarse a una cita médica, llame a ModivCare al 855-397-3619 (TTY 711) para solicitar el servicio de transporte sin costo. Usted puede transportarse sin costo a cualquier consulta de salud física, dental, farmacéutica o de salud del comportamiento que esté cubierta por PacificSource Community Solutions.

Usted o su representante pueden solicitar el servicio de transporte. Podemos proporcionarle un boleto de autobús, dinero para un taxi o pedirle a un conductor que le recoja. También podemos reembolsarle el costo de la gasolina a usted, a un miembro de su familia o a un amigo para que él/ella lo lleve. Este servicio no tiene costo para usted. PacificSource Community Solutions nunca le cobrará el costo del transporte de ida y vuelta para acudir a un servicio cubierto.

Si desea obtener información adicional sobre el reembolso de las millas recorridas, las comidas y el alojamiento, póngase en contacto con ModivCare antes de la fecha de su cita para conocer el proceso. Consulte la guía del pasajero en:

<https://pacificsource.com/medicaid/get-care/get-ride>.

Solicite el servicio de transporte

Llame a ModivCare al teléfono 855-397-3619 (TTY 711)

Horario: lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. para traslados de rutina y las 24 horas del día/7 días de la semana/365 días del año para traslados urgentes y altas hospitalarias. Es posible que el proveedor del servicio de transporte no opere en los siguientes días festivos: Día de Año Nuevo, Día Conmemorativo, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Día de Navidad.

Por favor llame al menos 2 días hábiles antes de su cita para programar el transporte. Así nos aseguraremos de poder atender sus necesidades.

Usted puede solicitar un transporte para el mismo día o el día siguiente. Por favor llame a ModivCare.

Usted o alguno de sus conocidos puede programar más de un traslado a la vez para varias citas. Usted puede programar traslados para futuras citas con hasta 90 días de anticipación.

Lo que usted puede esperar cuando llame

PacificSource Community Solutions cuenta con personal de atención telefónica que puede ayudarle a programar el servicio de transporte en el idioma que usted prefiera y de una forma que pueda entender. Esta ayuda no tiene costo.

La primera vez que llame le informaremos sobre el programa y hablaremos de sus necesidades de transporte. Le preguntaremos sobre su capacidad física y si necesita que alguien lo acompañe durante el traslado.

Cuando llame para programar un traslado, le pediremos:

- Su nombre completo.
- Su dirección y número de teléfono.
- Su fecha de nacimiento.
- Nombre del médico o de la clínica a la que debe acudir.
- Fecha de la cita.
- Hora de la cita.
- Hora de recolección después de la cita.
- Si usted necesita un asistente que le ayude.
- Cualquier otra necesidad especial (como una silla de ruedas o un animal de servicio).

Verificaremos si usted es miembro de PacificSource Community Solutions y si su cita es para acudir a un servicio cubierto. Le enviaremos más información sobre su servicio de transporte en un plazo de 24 horas. Usted recibirá información sobre su solicitud de traslado de la manera que prefiera (llamada telefónica, email, fax).

Si usted solicita un traslado con menos de dos (2) días de anticipación a la hora de recolección programada, le proporcionaremos el número de teléfono de la compañía que se encargará de recogerle. También podemos proporcionarle el nombre y número de teléfono del conductor que pasará a recogerlo.

Horario de recolección

Le informaremos el nombre y el teléfono de la compañía de transporte o del conductor antes de su cita. Su conductor se pondrá en contacto con usted al menos 2 días antes de su traslado para confirmar los detalles. El/ella pasará a recogerlo a la hora programada. Por favor sea puntual. Si usted se demora, el conductor lo esperará 15 minutos después de la hora programada. Eso significa que si su traslado está programado para las 10 a.m., el conductor lo esperará hasta las 10:15 a.m.

El conductor debe dejarlo cuando menos 15 minutos antes de la hora de su cita.

- **Primera cita del día:** Los conductores no pueden dejarlo con una anticipación de más de 15 minutos antes de que abra el consultorio de su proveedor.
- **Ultima cita del día:** Los conductores no pueden pasar a recogerlo más de 15 minutos después del horario de cierre del consultorio de su proveedor, a menos de que se estime que su cita no terminará en los 15 minutos siguientes al cierre.
- **Si necesita pedir más tiempo:** Usted debe solicitar que el conductor pase a recogerlo antes o lo deje después de este horario. Su representante, padre/madre o tutor también puede llamar para solicitarlo.
- **Llame si su conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora de recolección:** Llame a la compañía de transporte si el conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora de recolección programada. El personal le avisará si el conductor está en camino. Los conductores deben informar al despachador antes de salir del lugar de recolección.
- **Llame si usted no tiene una hora de recolección:** Si no hay una hora programada de recogerlo para el traslado de regreso, llámenos cuando esté listo. El conductor pasará a recogerlo dentro de un lapso de 1 hora a partir de su llamada.

ModivCare es un programa de transporte compartido. Es posible que el conductor recoja o deje a otros pasajeros durante el trayecto. Si usted tiene varias citas, es posible que se le pida que las programe para el mismo día. Esto nos ayudará a hacer menos recorridos.

Usted puede pedir a un amigo o pariente que lo lleve a su cita. El/ella puede solicitar el reembolso (pago) de las millas que recorra.

Usted tiene derechos y responsabilidades como pasajero:

Usted tiene el derecho de:

- Recibir servicios de transporte seguros y confiables que se ajusten a sus necesidades.
- Ser tratado con respeto.
- Solicitar los servicios de un intérprete al hablar con el departamento de Servicio al Cliente.
- Recibir documentos en un idioma o formato que se ajuste a sus necesidades.
- Recibir un aviso por escrito cuando se niegue un servicio de transporte.
- Presentar una queja sobre el servicio de transporte.
- Presentar una apelación, solicitar una audiencia o ambas cosas si considera que le han negado un servicio de transporte injustamente.

Estas son sus responsabilidades:

- Tratar con respeto a los conductores y a los demás pasajeros.
- Llamarnos lo antes posible para programar, cambiar o cancelar un servicio de transporte.
- Usar los cinturones de seguridad y demás equipos de seguridad que requieran las leyes (p.ej.: asientos para automóvil).
- Solicitar por anticipado si desea que hagamos cualquier parada adicional, como para ir la farmacia.

Para cancelar o cambiar su servicio de transporte

Llame a ModivCare al 855-397-3619 (TTY 711) si necesita cancelar o reprogramar su servicio transporte, cuando menos 2 horas antes de la hora de recolección.

Usted puede llamar a ModivCare de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. para traslados de rutina y las 24 horas del día/7 días de la semana/365 días del año para traslados urgentes y altas hospitalarias. Deje un mensaje si no puede llamar en horario de oficina. Llame a ModivCare si tiene alguna duda o si necesita cambiar su servicio de transporte.

Si usted no se presenta

Una "inasistencia" es cuando usted no está listo para ser recogido a tiempo. Su conductor esperará al menos 15 minutos después de la hora de recolección programada antes de irse. Es posible que apliquemos una restricción en sus traslados a futuro si usted tiene demasiadas inasistencias.

Aplicar una restricción significa que podemos limitar el número de traslados que usted puede hacer, limitarlo a un conductor o requerir que usted llame antes de cada

traslado.

Si se niega su solicitud de servicio de transporte

Usted recibirá una llamada para informarle que se le ha negado el servicio de transporte. Todas las denegaciones son revisadas por dos miembros del personal antes de informarle a usted. Si se niega su solicitud de servicio de transporte, le enviaremos una carta dentro de un plazo de 72 horas a partir del momento en que tomemos esa decisión. La carta le indicará la regla y el motivo de la denegación.

Usted puede presentar una apelación ante PacificSource Community Solutions si no está de acuerdo con la decisión. Usted tiene 60 días contados a partir de la fecha del aviso de denegación para presentar una apelación. Si después de la apelación se confirma la decisión de denegación, usted también tiene el derecho de solicitar una audiencia ante el estado.

También le enviaremos una carta a su proveedor si forma parte de nuestra red de proveedores y ha solicitado el transporte en su nombre.

Usted tiene el derecho de presentar una queja o apelación en cualquier momento, aunque ya la haya presentado antes. Estos son algunos ejemplos de quejas:

- Preocupación por la seguridad del vehículo
- Calidad del servicio
- Interacción con los conductores y proveedores (por ejemplo, descortesía)
- Servicio de transporte solicitado que no se proporcionó según lo acordado
- Derechos del consumidor

Obtenga más información sobre las quejas, apelaciones y audiencias en la sección “Quejas, apelaciones y audiencias imparciales”.

Guía del Usuario

Consulte la Guía del Usuario en: <https://pacificsource.com/medicaid/get-care/get-ride>. Usted o su representante también pueden llamar al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135 para solicitar una copia impresa sin costo. Se la enviaremos en un plazo de 5 días hábiles. La copia impresa puede estar en el idioma y formato que usted prefiera.

La guía contiene más información, incluyendo:

- Sillas de ruedas y ayudas para la movilidad.
- Seguridad del vehículo.
- Deberes y reglas del conductor.
- Qué hacer en caso de emergencia o mal tiempo.
- Citas en lugares distantes.
- Reembolso de comidas y alojamiento.

Cómo recibir cuidados por vídeo o teléfono

La telesalud (también conocida como telemedicina y teledontología) es una forma de recibir cuidados de salud sin necesidad de acudir a la clínica o al consultorio. Telesalud significa que usted tiene su cita a través de una llamada telefónica o una videollamada. PacificSource Community Solutions cubre las consultas de telesalud. La telesalud le permite consultar a su proveedor utilizando un(a):

- Teléfono (audio)
- Teléfono inteligente (audio/vídeo)
- Tableta (audio/vídeo)
- Computadora (audio/vídeo)

Los miembros de Medicaid son elegibles para el Programa de Conectividad Asequible (ACP) de Assurance Wireless, el cual incluye una cobertura de Internet, teléfono inteligente, plan de datos y/o teléfono celular de bajo costo o sin costo alguno. Para obtener más información, póngase en contacto con Assurance Wireless al 1-888 321-5880 o visite www.assurancewireless.com.

Si usted no tiene acceso a Internet o vídeo, hable con su proveedor para determinar cuál es la mejor opción.

Cómo encontrar proveedores de telesalud

No todos los proveedores ofrecen opciones de telesalud. Pregunte sobre la opción de telesalud cuando llame para programar su cita. Para averiguar si su médico ofrece servicios de telesalud, llame al consultorio o visite su sitio web. Esta información también aparece en nuestro Directorio de Proveedores en línea:

<https://providerdirectory.pacificsource.com/medicaid>.

Muchos médicos ofrecen "consultas virtuales" por videoconferencia o llamada telefónica. Busque "Este proveedor ofrece servicios de telemedicina" en los resultados de su búsqueda (que se muestran a continuación) y póngase en contacto con el proveedor para averiguar qué servicios de telemedicina están disponibles.

This provider offers Telemedicine 

Su proveedor no puede requerir que usted solamente utilice los servicios de telesalud. El acceso a este tipo de consulta varía dependiendo del proveedor. Algunas de estas consultas pueden realizarse por teléfono. Otras pueden requerir de aplicaciones tales como Zoom. Si usted necesita ayuda para acceder a estos servicios, por favor llame al consultorio de su proveedor. También puede llamar a nuestro equipo de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY 711) para recibir ayuda.

Si tiene algún problema de audio o vídeo para su consulta de telesalud, póngase en contacto con su proveedor.

Cuándo utilizar el servicio de telesalud

Los miembros de PacificSource Community Solutions que utilicen la opción de telesalud tienen el derecho de recibir los servicios de salud física, dental y del comportamiento que necesiten.

Estos son algunos ejemplos de cuándo se puede utilizar la telesalud:

- Cuando su proveedor quiera tener una consulta antes de surtir un medicamento de prescripción.
- Servicios de asesoría.
- Seguimiento de una consulta en persona.
- Cuando usted tenga preguntas de rutina sobre cuestiones de salud.
- Si está en cuarentena o practica el distanciamiento social debido a una enfermedad.
- Si usted se encuentra temporalmente lejos de su hogar y no puede consultar a su médico en persona.
- Si usted no está seguro de si debe acudir a la clínica o al consultorio.

No se recomienda la telesalud para casos de emergencia. Si cree que su vida está en riesgo, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. En la sección “Hospitales” encontrará una lista de hospitales con salas de emergencia.

Si usted no sabe qué servicios u opciones de telesalud ofrece su proveedor, llame y pregunte.

Las consultas de telesalud son privadas

Los servicios de telesalud que ofrece su proveedor son privados y seguros. Cada proveedor tiene su propio sistema para las consultas de telesalud, pero todos los sistemas deben cumplir con lo dispuesto en la ley.

Obtenga más información sobre la privacidad y la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) en la sección “Protegemos la privacidad de su información”.

Asegúrese de atender la llamada en una habitación privada o en un lugar donde nadie más pueda escuchar su conversación con el proveedor de salud.

Usted tiene el derecho de:

- Recibir servicios de telesalud en el idioma que prefiera.
- Ser atendido por proveedores que respeten su cultura y sus necesidades lingüísticas.
- Obtener servicios de un intérprete calificado y certificado. Obtenga más información en la sección “Usted puede solicitar un intérprete”.

- Consultar a su proveedor en persona, no sólo a través de la telesalud.
 - PacificSource Community Solutions se asegurará de que usted pueda elegir cómo desea llevar a cabo sus consultas. Un proveedor no puede obligarle a utilizar la telesalud a menos de que haya un estado de emergencia declarado o que un centro médico haya implementado un plan para desastres.
- Recibir apoyo y contar con las herramientas necesarias para la telesalud.
 - PacificSource Community Solutions le ayudará a identificar cuál herramienta de telesalud es la mejor para usted.
- PacificSource se asegurará de que su proveedor realice una valoración para decidir si las consultas de telesalud son adecuadas para usted. Esto incluye, pero no se limita a:
 - Necesidad de un formato alternativo;
 - Acceso a los dispositivos necesarios;
 - Acceso a un lugar seguro y privado;
 - Acceso a un servicio de Internet;
 - Comprensión de cómo usar dispositivos digitales;
 - Cuestiones culturales.

Hable con su proveedor acerca de la opción de telesalud. Si necesita o prefiere las consultas en persona y su proveedor es sólo un proveedor de telesalud, hágase saber. El proveedor puede referirlo a otro proveedor e informar a PacificSource Community Solutions. Usted puede elegir cómo desea recibir sus cuidados y PacificSource Community Solutions puede ayudarle a coordinar los cuidados con otro proveedor. Usted también puede llamar al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 (TTY 711). Nuestra oficina está abierta de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Medicamentos de prescripción

Si usted necesita surtir una receta, puede acudir a cualquier farmacia de la red de PacificSource Community Solutions. Consulte una lista de farmacias de la red en nuestro Directorio de Proveedores bajo la pestaña Find a Pharmacy (Busque una farmacia): <https://providerdirectory.pacificsource.com/medicaid>.

Cuando vaya a surtir un medicamento de prescripción cubierto por PacificSource Community Solutions, lleve a la farmacia:

- La receta.
- Su tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions, su tarjeta de ID del Plan de Salud de Oregon u otro comprobante de cobertura como una tarjeta de ID de la Parte D de Medicare o una tarjeta de seguro privado. Es posible que no pueda surtir una receta si no presenta estas tarjetas.

Medicamentos de prescripción cubiertos

Consulte la lista de medicamentos cubiertos por PacificSource Community Solutions en: <https://pacificsource.com/medicaid/find-a-drug>.

- Si usted no está seguro de si su medicamento está en nuestra lista, llámenos para averiguarlo. Nosotros podemos verificarlo.

Si su medicamento no está en la lista, avise a su proveedor. Su proveedor puede solicitar que cubramos el medicamento.

- PacificSource Community Solutions debe aprobar algunos medicamentos de la lista antes de que su farmacia pueda surtirlos. En el caso de estos medicamentos, su proveedor nos pedirá que los aprobemos.

PacificSource Community Solutions también cubre algunos medicamentos de venta libre (OTC) cuando su proveedor o farmacia se los receten. Los medicamentos de venta libre (OTC) son aquellos que normalmente se compran en cualquier tienda o farmacia sin una receta, como la aspirina.

Cómo solicitar que PacificSource Community Solutions cubra los medicamentos de prescripción

Cuando su proveedor solicite que PacificSource Community Solutions autorice o cubra un medicamento de prescripción:

- Los médicos y farmacéuticos de PacificSource Community Solutions revisarán la solicitud de su proveedor.
- Tomaremos una decisión dentro de un plazo de 24 horas.
- Si necesitamos más información para tomar una decisión, este proceso puede tardar 72 horas.

Si PacificSource Community Solutions decide no cubrir el medicamento de prescripción, usted recibirá una carta de nosotros. La carta le explicará:

- El motivo por el cual no se aprobó la solicitud
- Su derecho de apelar la decisión
- El procedimiento para solicitar una apelación si usted no está de acuerdo con nuestra decisión. La carta también incluirá un formulario que usted puede utilizar para solicitar una apelación.

Si usted tiene alguna duda, llame al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 (TTY 711).

Farmacia de entrega a domicilio

CVS Caremark Mail-Order Services puede enviarle por correo algunos medicamentos a su domicilio. Este es el servicio de farmacia de entrega a domicilio. Si se le dificulta

pasar a recoger sus medicamentos de prescripción, la farmacia de entrega a domicilio puede ser una buena opción. Comuníquese al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY 711) para:

- Obtener más información sobre la farmacia de entrega a domicilio y
- Hacer los arreglos necesarios para que usted pueda utilizar el servicio de entrega a domicilio.

En nuestro sitio web hay un enlace para configurar una cuenta con la farmacia de entrega a domicilio de Caremark: <https://pacificsource.com/medicaid/get-care/your-medicine>.

El OHP paga los medicamentos para la salud del comportamiento

PacificSource Community Solutions no paga el costo de la mayoría de los medicamentos que se utilizan para tratar los padecimientos de salud del comportamiento. El OHP paga esos medicamentos. Si usted necesita medicamentos para la salud del comportamiento:

- PacificSource Community Solutions y su proveedor médico le ayudarán a obtener los medicamentos que usted necesita.
- La farmacia enviará la factura de sus medicamentos directamente al OHP. PacificSource Community Solutions y su proveedor le ayudarán a obtener los medicamentos de salud del comportamiento que usted necesita. Hable con su proveedor si tiene alguna duda. También puede llamar al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 (TTY 711).

Cobertura de medicamentos de prescripción para miembros con Medicare

PacificSource Community Solutions y el OHP no cubren medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Si usted es elegible para a la Parte D de Medicare pero decide no inscribirse, tendrá que pagar el costo de estos medicamentos.

Si usted está inscrito en la Parte D, muestre su tarjeta de ID de Medicare y su tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions cuando acuda a la farmacia.

En caso de que su medicamento no esté cubierto por la Parte D de Medicare, su farmacia puede facturar el costo a PacificSource Community Solutions. Si el OHP cubre el medicamento, PacificSource Community Solutions lo pagará.

Obtenga más información sobre los beneficios de Medicare en la sección “Miembros con OHP y Medicare”.

Cómo obtener sus medicamentos de prescripción antes de un viaje

Si usted tiene previsto viajar fuera del estado, asegúrese de tener una cantidad suficiente de sus medicamentos para el viaje. Usted puede solicitar que le resurtan sus recetas antes de tiempo. Esto se conoce como anticipación por vacaciones.

Comuníquese al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY 711) para averiguar si esta opción es adecuada para usted.

Hospitales

Trabajamos con los siguientes hospitales para los cuidados de hospital. Usted puede recibir cuidados de emergencia en cualquier hospital. Algunos hospitales cuentan con una sala de emergencias completa para ayudar a las personas que sufren una crisis de salud mental, pero usted puede acudir a cualquier hospital si necesita ayuda.

Hood River

Providence Hood River Memorial

Sala de emergencias completa: Sí
810 12th St., Hood River, OR 97031

541-386-3911 (TTY: 711)

<https://Oregon.Providence.org/location-directory/p/providence-hood-river-memorial-hospital>

The Dalles

Mid-Columbia Medical Center

Sala de emergencias completa: Sí
1700 E 19th St., The Dalles, OR 97058

541-296-1111 (TTY: 711)

<https://MCMC.net>

Cuidados urgentes

Un problema urgente es lo bastante grave como para necesitar un tratamiento de inmediato, pero no lo suficiente como para acudir de inmediato a la sala de emergencias. Los problemas urgentes pueden ser físicos, dentales o del comportamiento.

Usted puede recibir servicios de cuidados urgentes las 24 horas del día y los 7 días de la semana sin una aprobación previa. No es necesario que usted sea referido para recibir cuidados urgentes o de emergencia. Consulte la lista de centros de

cuidados urgentes y clínicas sin previa cita que aparece más abajo. Obtenga más información sobre los cuidados dentales urgentes en la sección “Cuidados dentales urgentes”.

Cuidados urgentes de salud física

Estos son algunos ejemplos de cuidados urgentes de salud física:

- Cortaduras sin mucha sangre pero que pueden requerir puntos de sutura.
- Fracturas menores y fracturas en los dedos de las manos y los pies.
- Esguinces y torceduras.

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

Usted puede llamar a cualquier hora del día o la noche, los fines de semana y los días festivos. Informe al personal del consultorio de su PCP que usted es miembro de PacificSource Community Solutions. Usted recibirá asesoría o una referencia. Si usted no puede ponerse en contacto con su PCP para tratar un problema urgente o si su PCP no puede atenderle lo suficientemente pronto, acuda a un centro de cuidados urgentes o a una clínica sin previa cita. No es necesario que usted programe una cita. Consulte la lista de centros de cuidados urgentes y clínicas sin previa cita que aparece más abajo.

Si usted necesita ayuda, llame al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 (TTY 711).

Si usted no sabe si su problema es urgente, llame al consultorio de su proveedor, aún en horas inhábiles. Es posible que una contestadora automática responda a su llamada. Deje un mensaje y diga que usted es miembro de PacificSource Community Solutions. Es posible que le proporcionen asesoría o un teléfono al que usted pueda llamar. Un representante de PacificSource Community Solutions le devolverá la llamada en un lapso de 30-60 minutos para hablar sobre los siguientes pasos.

Usted también puede llamar a nuestra Línea de Enfermería las 24 horas al teléfono 855-834-6150 para obtener ayuda en cualquier momento del día o de la noche. Este número de teléfono aparece enlistado al reverso de su tarjeta de ID del miembro.

Para solicitar asesoría no urgente o programar una cita, por favor llame en horario de oficina.

Centros de cuidados urgentes y clínicas sin previa cita en el área de PacificSource Community Solutions:

Condado de Wasco

MCMC Immediate Care at Water's Edge

551 Lone Pine Blvd., The Dalles, OR 97058

541-506-5880 (TTY: 711)

<https://www.MCMC.net/our-services/immediate-care>

Cuidados dentales urgentes

Estos son algunos ejemplos de cuidados dentales urgentes:

- Dolor dental que le despierta por la noche y le dificulta masticar.
- Un diente astillado o roto.
- Pérdida de una corona o un empaste.
- Absceso (acumulación de pus en un diente debido a una infección).

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

Si usted no puede ponerse en contacto con su PCD o no tiene uno, llame a su DCO (consulte la información de contacto que aparece en la sección de “Números de teléfono importantes”). El personal de su DCO le ayudará a obtener los cuidados dentales urgentes dependiendo de su padecimiento. Si usted tiene un problema dental urgente, le darán una cita dentro de un plazo de 2 semanas o de 1 semana si está en estado de embarazo.

Cuidados de emergencia

Llame al 911 si usted necesita una ambulancia o acuda a la sala de emergencias si cree que su vida está en riesgo. Una emergencia requiere atención inmediata y pone en riesgo su vida. Puede ser algo como una lesión repentina o una enfermedad repentina. Las emergencias también pueden causar daños a su cuerpo. Si usted está en estado de embarazo, la emergencia también puede causar daños a su bebé.

Usted puede recibir servicios urgentes y de emergencia las 24 horas del día y los 7 días de la semana sin una aprobación previa. Usted no necesita una referencia médica.

Emergencias de salud física

Los cuidados de salud física de emergencia se proporcionan cuando usted necesite recibir cuidados inmediatos y su vida esté en riesgo. Algunos ejemplos de emergencias médicas incluyen:

- Rotura de huesos.
- Sangrado que no se detiene.
- Sospecha de un ataque cardíaco.
- Pérdida del conocimiento.
- Ataques.
- Dolor severo.
- Dificultad para respirar.
- Reacciones alérgicas.

Más información sobre los cuidados de emergencia:

- Llame a su PCP o al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions dentro de los 3 días de haber recibido cuidados de emergencia.
- Usted tiene el derecho de acudir a cualquier hospital u otro centro dentro de los Estados Unidos.
- Los cuidados de emergencia incluyen servicios de post-estabilización (cuidados posteriores). Los servicios post-estabilización son servicios cubiertos que se relacionan con una condición de emergencia. Usted recibe estos servicios una vez que haya sido estabilizado. Los servicios ayudan a mantener su estado de estabilización. También ayudan a mejorar o tratar su condición.

En la sección “Hospitales” encontrará una lista de hospitales con salas de emergencia.

Emergencias dentales

Una emergencia dental es cuando usted necesita recibir cuidados dentales el mismo día. Estos cuidados están disponibles las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Una urgencia dental puede requerir tratamiento inmediato. Algunos ejemplos incluyen:

- Caída de dientes debido a un golpe (que no sea un diente de leche).
- Inflamación facial o infección en la boca.
- Sangrado de las encías que no cesa.

Si usted tiene una emergencia dental, llame a su dentista de atención primaria (PCD). Usted será atendido dentro de un lapso de 24 horas. Algunos consultorios tienen horarios de atención de emergencia sin previa cita. Si usted tiene una emergencia dental y su dentista o médico de atención primaria (PCP) no pueden ayudarlo, no necesita permiso para recibir cuidados dentales de emergencia. Usted puede acudir a la sala de emergencias o llamar al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135 para que le ayuden a obtener los cuidados dentales de emergencia.

Si ninguna de estas opciones le sirve, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias.

Si usted necesita una ambulancia, llame al 911. En la sección “Hospitales” encontrará una lista de hospitales con salas de emergencia.

Emergencias y crisis de salud del comportamiento

Una emergencia de salud del comportamiento es cuando usted necesita recibir ayuda de inmediato para sentirse o estar seguro. Es cuando usted u otras personas están en riesgo. Un ejemplo de esto es sentirse fuera de control. Tal vez usted sienta que su seguridad está en riesgo o tenga pensamientos de lastimarse a sí mismo o a los demás.

Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias si usted está en riesgo.

- Usted no necesita una referencia o autorización previa para recibir servicios de salud del comportamiento de emergencia. PacificSource Community Solutions

ofrece a los miembros ayuda y servicios para situaciones de crisis después de una emergencia.

- Un proveedor de salud del comportamiento puede ayudarle a obtener servicios para mejorar y estabilizar su salud mental. Trataremos de ayudarle y apoyarle después de una situación de crisis.

Teléfonos de atención para situaciones de crisis (locales y disponibles las 24 horas) y centros de atención de casos de crisis sin previa cita

Usted puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear al 988. El 988 es una línea de ayuda para el suicidio y las situaciones de crisis en donde puede recibir apoyo solidario y compasivo de consejeros de crisis las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

Condado de Hood River

Mid-Columbia Center for Living

1610 Woods Ct.,

Hood River, OR 97031

Llame las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O llame al 911.

541-386-2620 Local

8:30 a.m. – 5:00 p.m., lunes a viernes

Crisis:

Equipo de Crisis: 888-877-9147

Línea de Mensajes de Texto para Casos de Crisis: envíe la palabra “home” al 741741

Línea para Adolescentes de Oregon: 877-968-8491

Wasco County

Mid-Columbia Center for Living

1060 Webber St.

The Dalles, OR 97058

541-296-5452 Local

8:30 a.m. – 5:00 p.m., lunes a viernes

Crisis:

Equipo de Crisis: 888-877-9147 o 988

Línea de Mensajes de Texto para Casos de Crisis: envíe la palabra “home” 741741

Línea para Adolescentes de Oregon: 877-968-8491

Casos de Crisis en Portland:

Línea para Casos de Crisis en el Condado de Multnomah: 503-988-4888

Línea para Casos de Crisis en el Condado de Clackamas: 503-655-8585
Línea para Casos de Crisis en el Condado de Washington: 503-291-9111
Línea para Casos de Crisis en el Condado de Clark: 800-686-8137

Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions: 800-431-4135 (TTY 711). Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.
Horario: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Obtenga más información sobre los beneficios de salud del comportamiento en la sección "Sus beneficios".

Si usted está teniendo una crisis, llame a nuestra línea para crisis de salud mental.

Línea de atención para casos de crisis

800-273-8255 Línea Nacional de Prevención del Suicidio
800-221-2832 TTY
Mensaje de texto: 741741

Una crisis de salud del comportamiento es cuándo usted necesita recibir ayuda rápidamente. La situación puede convertirse en una emergencia en caso de que no se atiende. Comuníquese a una de las líneas locales para casos de crisis las 24 horas que aparecen arriba o llame al 988 si tiene alguna de las siguientes situaciones o en caso de que no esté seguro de si se trata de una crisis o no. Queremos ayudarle y apoyarle para prevenir una emergencia.

Estas son algunos comportamientos que pueden ayudarle a identificar si usted o un miembro de su familia está teniendo una emergencia o una crisis de salud del comportamiento:

- Considerar el suicidio.
- Oír voces que le dicen que se haga daño a sí mismo o a otras personas.
- Lastimar a otras personas, animales o bienes.
- Comportamientos peligrosos o muy perturbadores en la escuela, el trabajo o con amigos o familiares.

Estas son algunas de las cosas que PacificSource Community Solutions hace para apoyar la estabilización en la comunidad:

- Una línea de atención para casos de crisis para los miembros que necesiten ayuda.
- Un equipo móvil especializado en situaciones de crisis que acudirá a los miembros que necesiten ayuda.
- Centros para casos de crisis con y sin cita previa
- Cuidados de relevo para casos de crisis (cuidados a corto plazo)
- Alojamiento a corto plazo para estabilizarse
- Servicios posteriores a la estabilización y servicios de cuidados urgentes. Estos cuidados están disponibles las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Los

cuidados posteriores a la estabilización son servicios cubiertos que se relacionan con una emergencia médica o de salud del comportamiento y se proporcionan una vez estabilizada la emergencia para mantener la estabilización o resolver la condición.

- Servicios de respuesta para casos de crisis las 24 horas del día para los miembros que reciben un tratamiento intensivo de salud del comportamiento a domicilio.

Obtenga más información sobre los servicios de salud del comportamiento que ofrece PacificSource Community Solutions en la sección “Beneficios de salud del comportamiento”.

Prevención del suicidio

Si usted tiene una enfermedad mental y no se atiende, puede correr el riesgo de suicidarse. Su vida puede mejorar con el tratamiento adecuado.

Señales de advertencia comunes del suicidio

Es importante obtener ayuda si hay indicios de que usted o algún conocido esté pensando en suicidarse. Cuando menos un 80% de las personas que piensan en el suicidio desean recibir ayuda. Hay que tomarse en serio las señales de advertencia.

Estas son algunas señales de advertencia del suicidio:

- Hablar de matarse o de quererse morir.
- Planear una forma de suicidarse, como por ejemplo comprar un arma.
- Sentirse desesperanzado o como si no hubiera una razón para vivir.
- Sentirse atrapado o con un dolor insoportable.
- Hablar de ser una carga para los demás.
- Regalar las pertenencias más preciadas.
- Pensar y hablar mucho sobre la muerte.
- Consumir más alcohol o usar más drogas.
- Actuar de forma ansiosa o agitada.
- Comportarse de forma imprudente.
- Retraerse o sentirse aislado.
- Tener cambios de humor extremos.

¡Nunca mantenga en secreto los pensamientos o las conversaciones sobre el suicidio!

Si usted desea hablar con alguien ajeno a PacificSource Community Solutions, llame a cualquiera de los siguientes:

- Consulte una lista de líneas de atención para casos de crisis en la sección “Emergencias y crisis de salud del comportamiento”.

- Línea Nacional de Prevención del Suicidio: Llame al 988 o visite <https://988lifeline.org>
- Línea de atención David Romprey Memorial Warmline: 800-698-2392
- Línea de atención para casos de crisis por mensaje de texto: Envíe un mensaje de texto al 741741
- Línea de prevención del suicidio para adolescentes: Youthline: 877-968-8491 o envíe un mensaje de texto con la palabra teen2teen al 839863
- Usted también puede buscar en Internet el teléfono de los servicios para crisis de salud mental de su condado. Esos servicios realizan valoraciones y pueden ayudarle a obtener los servicios que usted necesita.

En la sección “Emergencias y crisis de salud del comportamiento” encontrará una lista de otras líneas de atención para casos de crisis. También puede visitar el sitio web <https://www.mccfl.org/services/mental-health/crisis/>.

Cuidados de seguimiento después de una emergencia

Es posible que usted necesite cuidados de seguimiento después de una emergencia. Esto incluye todo lo que necesite después de salir de la sala de emergencias. Los cuidados de seguimiento no se consideran como una emergencia. El OHP no cubre los cuidados de seguimiento si usted se encuentra está fuera del estado. Llame a su proveedor de atención primaria o a su dentista de atención primaria para programar los cuidados de seguimiento.

- Usted debe recibir los cuidados de seguimiento de su proveedor o dentista habitual. Usted puede pedir al médico de la sala de emergencias que llame a su proveedor para programar los cuidados de seguimiento.
- Llame a su proveedor o dentista lo antes posible después de recibir cuidados urgentes o de emergencia. Avise a su proveedor o dentista dónde recibió el tratamiento y por qué.
- Su proveedor o dentista se encargará de los cuidados de seguimiento y de programar una cita si la necesita.

Cuidados lejos del hogar

Cuidados previamente planeados fuera del estado

PacificSource Community Solutions le ayudará a localizar un proveedor fuera del estado y pagará los servicios cubiertos:

- Si usted necesita un servicio que no está disponible en Oregon
- O si el servicio tiene buena relación de costo-beneficio

En la sección “Cómo obtener sus medicamentos de prescripción antes de un viaje” encontrará más información sobre cómo surtir sus recetas antes de viajar.

Cuidados de emergencia lejos del hogar

Es posible que usted necesite recibir cuidados de emergencia cuando esté lejos de casa o fuera del área de servicio de PacificSource Community Solutions. **Llame al 911 o acuda a una sala de emergencias.** Usted no necesita una autorización previa para recibir servicios de emergencia. Los servicios médicos de emergencia están cubiertos en todo Estados Unidos, lo que incluye la salud del comportamiento y las emergencias dentales.

No pague los cuidados de emergencia. Si usted paga la factura de la sala de emergencias, PacificSource Community Solutions no está autorizado a reembolsarle el dinero. Consulte la sección “Facturas de servicios” para saber qué debe hacer si le facturan los servicios.

Siga los pasos que se indican a continuación si usted necesita cuidados de emergencia lejos del hogar

1. Asegúrese de llevar con usted su tarjeta de ID del Plan de Salud de Oregon y su tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions cuando viaje fuera del estado.
2. Muestre su tarjeta de ID de PacificSource Community Solutions y solicite que facturen los servicios a PacificSource Community Solutions.
3. No firme ningún documento hasta confirmar que el proveedor esté dispuesto a facturar a PacificSource Community Solutions. A veces PacificSource Community Solutions no puede pagar su factura si se ha firmado un formulario de acuerdo de pago. Consulte la sección “Facturas de servicios” para obtener más información sobre este formulario.
4. Usted puede pedir que el personal de la sala de emergencias o la oficina de facturación del proveedor se ponga en contacto con PacificSource Community Solutions si necesita verificar su seguro o tiene alguna duda.
5. Comuníquese con PacificSource Community Solutions si necesita asesoría sobre lo que debe hacer o si necesita recibir cuidados que no sean de emergencia y se encuentra lejos de su hogar.

En caso de emergencia, no siempre es posible realizar los pasos anteriores. Si usted está preparado y sabe qué acciones debe tomar para recibir cuidados de emergencia fuera del estado, podrá solucionar los problemas de facturación mientras se encuentre lejos del hogar. Estas acciones pueden ayudar a evitar que le facturen a usted los servicios que PacificSource Community Solutions puede cubrir. PacificSource Community Solutions no puede pagar un servicio si el proveedor no nos ha enviado una factura.

Si usted recibe una factura, consulte la sección “Si su proveedor le envía una factura, no la pague” que aparece a continuación.

Facturas de servicios

Los miembros del OHP no pagan las facturas de los servicios cubiertos

Cuando usted programe su primera visita con un proveedor de servicios de salud, informe al personal del consultorio que usted es miembro de PacificSource Community Solutions. También informe al personal si usted tiene otros seguros. Esto ayudará al proveedor a determinar a quién debe facturar. Lleve consigo su tarjeta de ID a todas sus consultas médicas. PacificSource Community Solutions paga todos los servicios adecuados y médicamente necesarios de acuerdo con la Lista Prioritizada de Servicios de Salud.

Un proveedor de la red de PacificSource Community Solutions (consulte la lista de proveedores de la red en la sección “Proveedores de la red”) o cualquier otra persona que trabaje para el proveedor no puede facturarle a usted los servicios ni tratar de cobrarle cualquier cantidad adeudada por PacificSource Community Solutions por concepto de servicios que usted no sea responsable de pagar.

Los proveedores no pueden facturar a los miembros por error o por no haber acudido a una cita.

- La inasistencia a las consultas no puede facturarse a usted ni al OHP.
- Si su proveedor no le envía la documentación correcta o no obtiene una aprobación, no puede enviarle a usted una factura. Esto se llama un error del proveedor.

Los proveedores no pueden facturar los saldos a los miembros ni enviarles facturas sorpresa.

La facturación de saldos es cuando un proveedor factura la cantidad restante de una factura después de que PacificSource Community Solutions haya realizado un pago. También se le conoce como facturas sorpresa. Esta cantidad es la diferencia entre el monto facturado por el proveedor y la cantidad que paga PacificSource Community Solutions. Esto ocurre con mayor frecuencia cuando un miembro acude con un proveedor fuera de la red. Usted no es responsable de pagar estos costos.

Si usted tiene alguna duda, llame al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY 711). Para obtener más información sobre las facturas sorpresa, visite <https://dfr.oregon.gov/Documents/Surprise-billing-consumers.pdf>.

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

Llame de inmediato a PacificSource Comunidad Solutions al 800-431-4135 (TTY 711) para obtener ayuda.

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

Es posible que usted tenga que pagar algunos servicios

Por lo general, como miembro de PacificSource Community Solutions, usted no tendrá que pagar facturas médicas. Sin embargo, en ocasiones sí tendrá que pagar. Hable con su proveedor sobre las opciones cuando necesite recibir cuidados de salud. El personal del consultorio del proveedor se pondrá en contacto con PacificSource Community Solutions para averiguar si un tratamiento o servicio está cubierto o no. Si usted decide recibir un servicio que no está cubierto, es posible que tenga que pagar la factura.

Usted debe pagar al proveedor:

- **Si recibe cuidados de rutina fuera de Oregon.** Usted recibe servicios fuera de Oregon que no son cuidados de urgencia o emergencia.
- **Si usted no le informa al proveedor que está inscrito en el OHP.** Usted no le informa al proveedor que tiene un plan de PacificSource Community Solutions u otro seguro o proporciona un nombre que no coincide con el que aparece en la identificación de PacificSource Community Solutions al momento de recibir el servicio o posteriormente, por lo que el proveedor no puede facturar a PacificSource Community Solutions. Los proveedores deben verificar su elegibilidad para recibir los servicios de PacificSource Community Solutions al momento de prestar el servicio y antes de facturar o hacer cobros. Los proveedores deben tratar de obtener información sobre la cobertura antes de facturarle.
- **Si usted sigue recibiendo un servicio que le fue denegado.** Usted o su representante solicitaron la continuación de los beneficios durante un proceso de apelación y/o de audiencia de caso impugnado y la decisión final no fue a su favor. Usted tendrá que pagar todos los gastos incurridos por los servicios denegados a partir de la fecha de vigencia de la notificación de acción o de resolución de la apelación.
- **Si usted recibe dinero por concepto de servicios médicos después de un accidente.** Si un pagador externo, como el seguro de su automóvil, le paga a usted el costo de los servicios que recibió de su proveedor y usted no utiliza ese dinero para pagar al proveedor.

- **Si nosotros no trabajamos con ese proveedor.** Si usted elige acudir con un proveedor que no pertenece a la red de PacificSource Community Solutions, es posible que tenga que pagar sus servicios. Antes de acudir con un proveedor que no pertenezca a la red de PacificSource Community Solutions, usted debe llamar al departamento de Servicio al Cliente o hablar con su PCP. Es posible que necesite una autorización previa o que haya un proveedor de la red que pueda atender sus necesidades. En la sección “Proveedores de la red” encontrará una lista de proveedores de la red.

- **Si usted decide recibir servicios que no estén cubiertos.** Usted tendrá que pagar si el proveedor le informa que los servicios no están cubiertos por PacificSource Community Solutions y usted decide recibirlos. En este caso:
 - El servicio es algo que su plan no cubre.
 - Antes de recibir el servicio, usted firma un formulario de Acuerdo de Pago válido. A continuación le proporcionamos más información sobre el formulario.
 - Siempre póngase en contacto primero con el departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions para averiguar qué está cubierto. Si usted recibe una factura, por favor póngase en contacto de inmediato con el departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions.

Estos son ejemplos de algunos servicios no cubiertos:

- Algunos tratamientos (como los medicamentos de venta libre) para padecimientos que usted pueda atender en casa o que mejoran por sí solos (resfriados, gripe leve, callos, durezas, etc.).
- Cirugías o tratamientos cosméticos sólo para cambiar su apariencia.
- Servicios de fertilidad para embarazarse.
- Tratamientos que generalmente no son eficaces.
- Ortodoncia, excepto para maloclusiones discapacitantes y para tratar el paladar hendido en niños.

Si usted tiene alguna duda sobre los servicios cubiertos o no cubiertos, póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 (TTY 711).

Es posible que el proveedor le pida que firme un formulario de Acuerdo de Pago

Un formulario de acuerdo de pago se utiliza cuando usted desea recibir un servicio que no está cubierto por PacificSource Community Solutions o por el OHP. A este formulario también se le conoce como una exención. Sólo se le puede facturar un

servicio si usted firma el formulario de Acuerdo de Pago. No se sienta obligado a firmar el formulario. Usted puede ver una copia del formulario en <https://bit.ly/OHPwaiver>.

Usted no tiene que firmar el formulario de Acuerdo de Pago si no lo desea. Si usted no está seguro de si debe firmar el formulario de Acuerdo de Pago o si tiene alguna duda sobre si un beneficio está cubierto, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 71 1) para obtener ayuda. Si PacificSource Community Solutions o su proveedor le informan que el servicio no está cubierto por el OHP, usted tiene el derecho de impugnar esa decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la sección “Quejas, apelaciones y audiencias imparciales”.

Para que el Acuerdo de Pago sea válido, debe cumplirse lo siguiente:

- El formulario debe indicar el costo estimado del servicio. Esta cantidad debe ser igual a la que aparece en la factura.
- El servicio está programado en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que usted firme el formulario.
- El formulario debe indicar que el OHP no cubre el servicio.
- El formulario debe indicar que usted está de acuerdo en pagar la factura por su cuenta.
- Usted solicitó pagar por su cuenta un servicio cubierto. Si usted decide hacer esto, el proveedor puede facturarle si le informó lo siguiente antes de prestar el servicio:
 - El servicio está cubierto y PacificSource Community Solutions pagaría en su totalidad el servicio cubierto.
 - El costo estimado, incluyendo todos los gastos relacionados, la cantidad que PacificSource Community Solutions pagaría por el servicio. El proveedor no puede facturarle a usted una cantidad mayor a la que pagaría PacificSource Community Solutions; y,
 - Usted acepta consciente y voluntariamente pagar por el servicio cubierto.
- El proveedor documentó por escrito, con su firma o la de su representante, que le proporcionó la información anterior, y:
 - Usted tuvo la oportunidad de hacer preguntas, obtener más información y consultar a su asistente social o representante.
 - Usted aceptó pagar el servicio por su cuenta. Usted o su representante firmó el acuerdo que contiene toda la información sobre dicho pago.
 - El proveedor debe entregarle una copia del acuerdo firmado. El proveedor no puede presentar una reclamación a PacificSource Community Solutions por cualquier servicio cubierto que se incluya en el acuerdo.

Facturas por cuidados de emergencia lejos del hogar o fuera del estado

Debido a que algunos proveedores de cuidados de emergencia fuera de la red no están familiarizados con las reglas del OHP (Medicaid) de Oregon, es posible que le envíen una factura a usted. Usted no debe recibir facturas por concepto de cuidados de emergencia o cuidados posteriores a la hospitalización. Póngase en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions si usted recibe una factura. Tenemos recursos para ayudarle. **Llámenos de inmediato si usted recibe una factura de proveedores de fuera del estado.** Algunos proveedores envían las facturas no pagadas a las agencias de cobranza e incluso pueden presentar una demanda en un juzgado para exigir el pago. Es más difícil resolver el problema cuando eso sucede. Tan pronto como usted reciba una factura:

- No ignore las facturas médicas.
- Póngase en contacto lo antes posible con el departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY 711). Horario: 1 de octubre al 31 de enero: Abrimos los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; 1 de febrero al 30 de septiembre: Abrimos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
- Si usted recibe algún documento del juzgado, llámenos de inmediato. También puede consultar a un abogado o llamar a la Línea de Asistencia de Beneficios Públicos al teléfono 800-520-5292 para recibir ayuda y asesoría legal. Hay leyes de protección del consumidor que pueden ayudarle si usted recibe una factura errónea mientras estuvo inscrito en el OHP.
- Si usted recibió una factura porque PacificSource Community Solutions rechazó su reclamación, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente. Obtenga más información sobre las denegaciones, sus derechos de apelación y lo que debe hacer si no está de acuerdo con nosotros en la sección “Quejas, apelaciones y audiencias imparciales”.
 - También puede presentar una apelación enviando una carta a PacificSource Community Solutions para indicar que no está de acuerdo con la factura debido a que usted estaba inscrito en el OHP al momento de recibir el servicio.

Consejos importantes sobre el pago de los servicios y las facturas

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

- Si su proveedor le pide que pague un co-pago, ¡no lo pague! Pida al personal del consultorio que llame a PacificSource Community Solutions.
- PacificSource Community Solutions paga todos los servicios cubiertos de acuerdo con la Lista Prioritizada de Servicios de Salud. Consulte la sección “Sus beneficios”.
- Para obtener una breve lista de los beneficios y servicios que están cubiertos por PacificSource Community Solutions como parte de sus beneficios del OHP, los cuales también cubren la administración de casos y la coordinación de los cuidados, consulte la sección “Sus beneficios”. Si usted tiene alguna duda sobre los servicios cubiertos, puede preguntar a su PCP o llamar al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions.
- Ningún proveedor de la red de PacificSource Community Solutions puede facturar los servicios a un miembro, enviar la factura de un miembro a una agencia de cobranza o emprender una acción civil contra un miembro para cobrar cualquier dinero adeudado por PacificSource Community Solutions por concepto de servicios que usted no sea responsable de pagar.
- Los miembros no tienen que pagar el costo del servicio de transporte para acudir a sus consultas cubiertas. Consulte la sección “Transporte gratuito para acudir a sus consultas”. Los miembros pueden solicitar el reembolso de los gastos de transporte a las consultas cubiertas u obtener pases de autobús para acudir a las consultas cubiertas.
- Por lo general, estas protecciones solamente aplican si el proveedor médico tenía conocimiento o debió tener conocimiento de que usted está inscrito en el OHP. De igual manera, solamente aplican a los proveedores que participan en el OHP (la mayoría de los proveedores participa).
- A veces, es posible que su proveedor no llene correctamente la documentación. Si esto sucede, es posible que no reciba el pago de los servicios. Eso no significa que usted tenga que pagarlos. Si usted ya recibió el servicio y nosotros nos rehusamos a pagarle a su proveedor médico, el proveedor no puede enviarle a usted la factura.
- Es posible que le enviemos una notificación para avisarle que no pagaremos el servicio. Esa notificación no significa que usted tiene que pagar. El proveedor

deberá anular los cargos.

- Si PacificSource Community Solutions o su proveedor le indicamos que el servicio no está cubierto por el OHP, usted tiene el derecho de impugnar dicha decisión presentando una apelación y solicitando una audiencia. Consulte la sección “Quejas, apelaciones y audiencias imparciales”.
- En caso de que cierre PacificSource Community Solutions, usted no es responsable de pagar los servicios que nosotros cubrimos o proporcionamos.

Miembros con OHP y Medicare

Algunas personas tienen la cobertura del OHP (Medicaid) y Medicare al mismo tiempo. El OHP cubre algunas cosas que Medicare no cubre. Si usted tiene ambas coberturas, Medicare será su cobertura de salud principal. El OHP puede pagar cuestiones como medicamentos que Medicare no cubre.

Si usted tiene ambas coberturas, no será responsable de:

- Co-pagos
- Deducibles o
- Cargos de coaseguro por servicios de Medicare; esos cargos los cubre el OHP.

Es posible que usted tenga que pagar un co-pago por algunos medicamentos de prescripción.

En ocasiones usted tendrá que pagar deducibles, coaseguros o co-pagos si decide acudir con un proveedor fuera de la red. Póngase en contacto con su oficina local de Personas Mayores y con Discapacidad (APD) o con la Agencia del Área sobre el Envejecimiento (AAA). Le ayudarán a saber cómo utilizar sus beneficios. Llame al Enlace de Recursos sobre el Envejecimiento y la Discapacidad (ADRC) al 855-673-2372 para averiguar el número de teléfono de su oficina local de APD o AAA.

Comuníquese al departamento de Servicio al Cliente para obtener más información sobre los beneficios que pagan Medicare y el OHP (Medicaid), o si necesita ayuda para encontrar un proveedor o averiguar cómo obtener los servicios.

Los proveedores le facturarán a Medicare y a PacificSource Community Solutions.

PacificSource Community Solutions trabaja con Medicare y tiene un acuerdo para que nos envíen todas las reclamaciones y nosotros podamos pagarlas.

- Proporcione al proveedor su número de ID del OHP y dígame que está cubierto por PacificSource Community Solutions. Si le dicen que usted debe dinero o le

piden que realice un pago, llame al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY 711). Nosotros podemos ayudarle.

- En la sección "Facturas de servicios" le proporcionamos más información acerca de las pocas veces que un proveedor puede enviarle una factura.

Los miembros con Medicare pueden cambiar de CCO en cualquier momento o dejar la CCO que utilizan para recibir cuidados de salud física. Sin embargo, los miembros con Medicare deben utilizar una CCO para recibir cuidados dentales y de salud del comportamiento.

Cambio de CCO y transferencia de los cuidados

Usted tiene el derecho de cambiar de CCO o de darse de baja de una CCO.

Si usted no tiene una CCO, los servicios que recibe del OHP se conocen como servicios de tarjeta abierta o servicios recibidos a cambio de una cuota. A esto se le llama "pago por servicio" porque el estado paga a los proveedores una tarifa por cada servicio que proporcionan. Los miembros con la modalidad de pago por servicio reciben los mismos tipos de beneficios de salud física, dental y de salud del comportamiento que los miembros de la CCO.

La CCO que usted tiene depende del lugar donde viva. Las reglas sobre el cambio o la baja de una CCO son diferentes cuando sólo hay una CCO en el área y cuando hay más CCOs en un área.

Los miembros con Medicare y el OHP (Medicaid) pueden cambiar de CCO en cualquier momento o darse de baja de la CCO que utilizan para recibir cuidados de salud física. Sin embargo, los miembros con Medicare deben utilizar una CCO para recibir cuidados dentales y de salud del comportamiento.

Indios americanos y nativos de Alaska de ascendencia indígena comprobada que deseen recibir cuidados en otro lugar.

Estos miembros pueden recibir cuidados en una institución de Indian Health Services, una clínica/programa de salud tribal o una clínica urbana mediante la modalidad de pago por servicio del OHP.

Áreas de servicio donde sólo hay una CCO:

Los miembros que sólo tienen una CCO en su área de servicio pueden solicitar la cancelación de la inscripción (darse de baja) en una CCO y recibir cuidados bajo la modalidad de pago por servicio del OHP en cualquier momento por cualquiera de las siguientes razones "justificadas":

- La CCO tiene objeciones morales o religiosas respecto al servicio que usted desea recibir.
- Usted tiene un motivo médico. Cuando los servicios relacionados no estén disponibles dentro de la red y su proveedor considere que obtener los servicios por separado representaría un riesgo innecesario. Ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.
- Por otros motivos, incluyendo la mala calidad de los cuidados, la falta de acceso a los servicios cubiertos o la falta de acceso a proveedores de la red que tengan experiencia en sus necesidades específicas del cuidado de la salud, entre otros.
- Cuando los servicios no sean proporcionados en su idioma preferido.
- Cuando los servicios no se proporcionen de una manera culturalmente apropiada; o
- Si usted corre el riesgo de que ocurra una interrupción en la continuación de sus cuidados.

Si usted se muda a un lugar donde su CCO no proporcione servicios, puede cambiar de planes tan pronto como informe al OHP sobre el cambio de domicilio. Por favor llame al OHP al 800-699-9075 o utilice su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://www.oregon.gov/ONE).

Áreas de servicio donde haya más de una CCO:

Los miembros que tengan más de una CCO en su área de servicio pueden solicitar la cancelación de la inscripción (darse de baja) y cambiarse a otra CCO en cualquier momento por cualquiera de las siguientes razones "justificadas":

- Si usted se muda fuera del área de servicio.
 - Si usted se muda a un lugar donde su CCO no proporcione servicios, puede cambiar de planes tan pronto como informe al OHP sobre el cambio de domicilio. Por favor llame al OHP al 800-699-9075 o utilice su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://www.oregon.gov/ONE).
- La CCO tiene objeciones morales o religiosas respecto al servicio que usted desea recibir.
- Usted tiene un motivo médico. Cuando los servicios relacionados no estén disponibles dentro de la red y su proveedor considere que obtener los servicios por separado representaría un riesgo innecesario. Ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.
- Por otros motivos, incluyendo la mala calidad de los cuidados, la falta de acceso a los servicios cubiertos o la falta de acceso a proveedores de la red que tengan experiencia en sus necesidades específicas del cuidado de la salud, entre otros.
- Cuando los servicios no sean proporcionados en su idioma preferido.
- Cuando los servicios no se proporcionen de una manera culturalmente apropiada; o
- Si usted corre el riesgo de que ocurra una interrupción en la continuación de sus cuidados.

Los miembros que tengan más de una CCO en su área de servicio también pueden solicitar la cancelación de la inscripción (darse de baja) y cambiarse a otra CCO en cualquier momento por cualquiera de las siguientes razones "injustificadas":

- En los 30 días siguientes a la inscripción si:
 - Usted no quiere el plan en el que fue inscrito, o
 - Usted solicitó un determinado plan y el estado lo inscribió en un plan diferente.
- En los primeros 90 días después de inscribirse en el OHP o
 - Si el estado le envía una carta de "cobertura" en la que mencione que usted forma parte de la CCO después de la fecha de inicio, usted tiene 90 días a partir de la fecha de esa carta.
- Después de haber estado inscrito en la misma CCO durante 6 meses o más.
- Al renovar su cobertura del OHP.
- Si usted pierde su cobertura del OHP durante 2 o más meses, se vuelve a inscribir en una CCO y pierde la oportunidad de elegir una CCO al renovar su cobertura del OHP.
- Cuando se suspenda a una CCO y no pueda inscribir a miembros nuevos.
- Cuando menos una vez cada 12 meses en caso de que no apliquen las opciones anteriores.

Usted puede preguntar sobre estas opciones por teléfono o por escrito. Llame al departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557 o envíe un email a Oregon.Benefits@odhsosha.oregon.gov.

Cómo cambiar de CCO o darse de baja de su CCO

Cuestiones a considerar: PacificSource Community Solutions quiere asegurarse de que usted reciba la mejor atención posible. PacificSource Community Solutions puede proporcionarle algunos servicios que no pueden ser proporcionados a través de la modalidad de pago por servicio o tarjeta abierta. Si usted tiene algún problema al recibir los cuidados que necesita, por favor permítanos ayudarlo antes de darse de baja de PacificSource Community Solutions.

Si aun así desea darse de baja, es necesario que haya otra CCO disponible en su área de servicio para que usted pueda cambiar de plan.

Avise al OHP si usted desea cambiar de CCO o darse de baja de su CCO. Usted y/o su representante pueden llamar al departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-699-9075 o al 800-273-0557 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. PT. Usted puede utilizar su cuenta en línea: ONE.Oregon.gov o enviar un email al OHP a la dirección Oregon.Benefits@odhsosha.oregon.gov. La fecha de baja (desinscripción) será el primer día del mes siguiente a la fecha en que la OHA autorice la baja.

Usted puede recibir cuidados mientras cambia de CCO. Consulte la sección “Cambio de CCO y transferencia de los cuidados” para obtener más información.

PacificSource Community Solutions puede pedirle que se dé de baja por algunos motivos

PacificSource Community Solutions puede solicitar a la OHA que le dé de baja de nuestro plan:

- Si usted tiene un comportamiento abusivo, no está dispuesto a cooperar o molesta a nuestro personal o proveedores. Esto no aplica cuando el comportamiento se deba a una necesidad especial del cuidado de la salud o a una discapacidad.
- Si usted realiza algún fraude o acto ilegal, tal como permitir que otra persona utilice sus beneficios del cuidado de la salud, alterar una receta, cometer un robo o participar en otros actos criminales.
- Si usted es violento o amenaza con cometer actos de violencia. Esto podría estar dirigido a un proveedor de salud, a su personal, a otros pacientes o al personal de PacificSource Community Solutions. Cuando el acto o la amenaza de violencia perjudique seriamente la capacidad de PacificSource Community Solutions de prestarle servicios a usted o a otros miembros.

En estos casos, debemos solicitar al estado (Autoridad de Salud de Oregon) que evalúe y apruebe su baja de nuestro plan. Usted recibirá una carta si el estado aprueba que usted sea dado de baja de la CCO. Usted puede presentar una queja si no está satisfecho con el proceso o si no está de acuerdo con la decisión. Obtenga más información sobre cómo presentar una queja o solicitar una apelación en la sección “Quejas, apelaciones y audiencias imparciales”.

PacificSource Community Solutions no puede solicitar que le den de baja de nuestro plan por los siguientes motivos (entre otros):

- Si su estado de salud empeora.
- Si usted no utiliza los servicios.
- Si usted utiliza demasiados servicios.
- Si usted está a punto de utilizar servicios o de ser ingresado en una institución de cuidados (como una institución de cuidados a largo plazo o un centro residencial de tratamiento psiquiátrico).
- Si usted tiene un comportamiento de necesidades especiales que puede ser perturbador o poco cooperativo.

- Si su clase protegida, su padecimiento de salud o su historial médico indican que probablemente necesitará muchos servicios o servicios caros en el futuro.
- Si usted tiene una discapacidad física, intelectual, mental o del desarrollo.
- Si usted está bajo la custodia de los Servicios de Bienestar Infantil del ODHS.
- Si usted presenta una queja, no está de acuerdo con una decisión o solicita una apelación o una audiencia.
- Si usted toma una decisión sobre sus cuidados y PacificSource Community Solutions no está de acuerdo.

Si usted desea obtener más información o si tiene dudas sobre otros motivos de desafiliación, excepciones de inscripción temporal o exenciones de inscripción, llame a PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 o comuníquese al departamento de Servicio al Cliente del OHP al 800-273-0557.

Usted recibirá una carta sobre sus derechos de desafiliación por lo menos 60 días antes de la fecha en que tenga que renovar su cobertura del OHP.

Cuidados de salud mientras usted cambia de CCO o se da de baja de su CCO

Algunos miembros que cambian de plan pueden recibir los mismos servicios, la cobertura de medicamentos de prescripción y consultar a los mismos proveedores, incluso si no están en la red. Esto significa que los cuidados se coordinarán si usted cambia de CCO o cambia de la modalidad de pago por servicio del OHP a una CCO. A esto se le conoce como la transición de los cuidados.

Si usted tiene problemas graves de salud o si necesita recibir cuidados en un hospital o cuidados de salud mental como paciente interno, su plan nuevo trabajará con su plan anterior para proporcionarle los cuidados y servicios que usted necesite.

Si usted necesita recibir los mismos cuidados mientras cambia de planes

Esta ayuda es para personas que tengan problemas graves de salud o necesiten recibir cuidados en el hospital o cuidados de salud mental como pacientes internos. Esta es una lista con algunos ejemplos de cuándo una persona podría recibir esta ayuda:

- Cuidados debido a una enfermedad renal en etapa terminal.
- Niños que sean médicamente frágiles.
- Personas que participen como miembros en un programa de tratamiento del cáncer de seno y/o del cuello uterino.
- Personas que reciban ayuda de Care Assist debido al VIH/SIDA.

- Personas que reciban cuidados antes y después de un trasplante.
- Personas que estén en estado de embarazo o recién hayan dado a luz.
- Personas que reciban un tratamiento contra el cáncer.
- Cualquier miembro que, de no recibir los servicios continuos, pudiera sufrir un perjuicio grave para su salud o correr el riesgo de necesitar atención hospitalaria o institucional.

Tiempo durante el cual se proporcionan esos cuidados:

Tipo de miembro	Tiempo durante el cual usted puede recibir los mismos cuidados
OHP con Medicare (doble elegibilidad con beneficios completos)	90 días
OHP solamente	30 días para la salud física y dental* 60 días para la salud del comportamiento*

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

Si usted se da de baja de PacificSource Community Solutions, colaboraremos con su nueva CCO o con el OHP para asegurarnos de que usted pueda obtener los mismos servicios que se indican a continuación.

Si usted necesita recibir cuidados mientras cambia de planes o tiene alguna duda, llame al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 (TTY 711). Horario: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (Horario estándar del Pacífico).

PacificSource Community Solutions se asegurará de que los miembros que necesiten los mismos cuidados mientras cambien de plan:

- Tengan un acceso continuo a los cuidados de salud y al servicio de transporte para acudir a sus citas.
- Reciban los servicios de su proveedor aunque no pertenezca a la red de PacificSource Community Solutions hasta que ocurra uno de los siguientes:
 - Se complete el curso de tratamiento prescrito mínimo o aprobado, o
 - El proveedor decide que el tratamiento ya no es necesario. Si los cuidados están siendo proporcionados por un especialista, el plan de tratamiento será revisado por un proveedor calificado.

- Algunos tipos de cuidados continuarán hasta que se complete el tratamiento con el proveedor actual. Estos tipos de cuidados son:
 - Cuidados antes y después del embarazo/parto (prenatales y posparto).
 - Servicios de trasplante hasta el primer año después del trasplante.
 - Radiación o quimioterapia (tratamiento contra el cáncer) durante el curso de tratamiento.
 - Medicamentos con un tratamiento mínimo definido que exceda los plazos de transición de los cuidados arriba indicados.

Usted puede obtener una copia de la Política de Transición de los Cuidados de PacificSource Community Solutions llamando al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135. También puede consultarla en la página Documentos y Formularios de nuestro sitio web: <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-documents-and-forms>. Por favor llame al departamento de Servicio al Cliente si usted tiene alguna duda.

Decisiones sobre el final de la vida

Directrices avanzadas

Todos los adultos tienen el derecho de tomar decisiones sobre sus cuidados médicos. Esto incluye el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento. Una enfermedad o lesión puede impedir que usted informe a su médico, sus parientes o sus representantes sobre los cuidados que desea recibir. La ley de Oregon le permite expresar sus deseos, creencias y objetivos por anticipado, antes de que usted necesite recibir ese tipo de cuidados. El formulario que se utiliza se llama **directriz avanzada**.

Para consultar nuestras políticas y procedimientos sobre las directrices avanzadas, visite <https://pacificsource.com/sites/default/files/2022-12/Advance%20Directives%20Policies%20and%20Procedures.pdf>.

Una directriz avanzada le permite:

- Dar a conocer sus valores, creencias, objetivos y deseos en relación con el cuidado de la salud si usted no puede expresarlos por sí mismo.
- Designar a una persona para que tome decisiones sobre su salud si usted no puede tomarlas por sí mismo. A esta persona se le conoce como su representante para el cuidado de la salud y él/ella debe estar de acuerdo en ser su representante.
- Compartir, negarse o aceptar ciertos tipos de cuidados médicos y el derecho de compartir sus decisiones sobre sus cuidados médicos a futuro.

Cómo obtener más información sobre las directrices avanzadas

Podemos proporcionarle un folleto gratuito sobre las directrices avanzadas. El folleto se llama "Cómo tomar decisiones sobre el cuidado de la salud". Llámenos para obtener más información y solicitar el folleto y el formulario de directrices avanzadas. Comuníquese al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135.

Contamos con una guía de las directrices avanzadas. Esta guía incluye información sobre:

- Los motivos para tener un documento de directrices avanzadas
- Las secciones que incluye un formulario de directrices avanzadas
- Cómo llenar u obtener ayuda para llenar un documento de directrices avanzadas.
- Quién debe tener una copia del documento de directrices avanzadas.
- Cómo realizar cambios a una directriz avanzada

Para descargar una copia de la guía o del formulario de directrices avanzadas, visite: <https://www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx>.

Más información útil sobre las directrices avanzadas

- Usted decide si desea llenar el formulario de directrices avanzadas. Si usted decide no llenar y firmar el formulario de directrices avanzadas, eso no cambiará su cobertura ni su acceso a los cuidados de salud.
- Usted no recibirá un trato distinto por parte del personal de PacificSource Community Solutions si decide no llenar y firmar la directriz avanzada.
- Si usted llena un formulario de directrices avanzadas, asegúrese de informar a sus proveedores de salud y a su familia y proporcionarles una copia.
- PacificSource Community Solutions respetará todas las decisiones que usted haya indicado en su formulario de directrices avanzadas. Si su médico tiene una objeción moral que le impida cumplir con lo dispuesto en sus directrices avanzadas, por favor llame al Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al 800-431-4135 (TTY: 711) y solicite un cambio de proveedor.

Cómo reportar si PacificSource Community Solutions no cumplió con los requerimientos de su directriz avanzada

Usted puede presentar una queja ante la Oficina de Autorizaciones de Salud si su proveedor no hace lo que usted solicitó en su directriz avanzada.

Health Licensing Office

503-370-9216 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711)
Horario: lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (Horario del Pacífico)

Envíe una queja por correo a:
 1430 Tandem Ave NE, Suite 180
 Salem, OR 97301
 Email: hlo.info@odhsoha.oregon.gov
 En línea: <https://www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/File-Complaint.aspx>

Usted puede presentar una queja ante el Programa de Licencias y Certificación de Centros de Salud si un centro de salud (como un hospital) no respeta lo solicitado en su directriz avanzada.

Health Facility Licensing and Certification Program

Mail to: 800 NE Oregon Street, Suite 465
 Portland, OR 97322
 Email: mailbox.hclc@odhsoha.oregon.gov
 Fax: 971-673-0556
 En línea:

<https://www.oregon.gov/OHA/PH/ProviderPartnerResources/HealthcareProvidersFacilities/HealthcareHealthCareRegulationQualityImprovement/Pages/index.aspx>

Para obtener una copia impresa del formulario de queja, llame al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 (TTY: 711).

Cómo cancelar una directriz avanzada

Si desea cancelar una directriz avanzada, pida que le devuelvan las copias de la directriz avanzada para que su proveedor sepa que ya no son válidas. Rómpala o escriba CANCELADO en letras grandes, firme el documento y anote la fecha. Si usted tiene alguna duda o desea recibir más información, póngase en contacto con Oregon Health Decisions al teléfono 800-422-4805 o al 503-692-0894 (TTY 711).

¿Cuál es la diferencia entre una orden POLST y una directriz avanzada?

Órdenes portátiles de tratamiento para prolongar la vida (POLST)

Una orden POLST es un formulario médico que usted puede utilizar para asegurarse de que sus proveedores médicos cumplan con sus deseos de tratamiento cerca del final de la vida. No es obligatorio que usted llene una orden POLST, pero si tiene una enfermedad grave u otros motivos por los que no desea recibir algún tipo de tratamiento médico en particular, puede obtener más información sobre este formulario. Las órdenes POLST son diferentes a las directrices avanzadas:

	Directriz avanzada	Orden POLST
¿Qué es?	Documento legal	Orden médica

¿Quién debe obtenerla?	Todos los adultos mayores de 18 años	Las personas que padecen una enfermedad grave o son mayores y frágiles y tal vez no deseen recibir un tratamiento.
¿Es necesario que mi proveedor la apruebe/firme?	No requiere la aprobación del proveedor	Debe estar firmada y aprobada por el proveedor de salud
¿Cuándo se utiliza?	Cuidados o padecimientos a futuro	Cuidados y padecimientos actuales

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

Email: polst@ohsu.edu o llame a Oregon POLST al 503-494-3965.

Declaración Sobre el Tratamiento de Salud Mental

El estado de Oregon tiene un formulario para que usted exprese sus deseos sobre el cuidado de la salud mental. Este formulario se llama la Declaración sobre el Tratamiento de Salud Mental. El formulario es para cuando usted tenga una crisis de salud mental o no pueda tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental. Usted tiene la opción de llenar este formulario cuando no esté teniendo una crisis y pueda comprender y tomar decisiones sobre sus cuidados.

¿Para qué sirve este formulario?

El formulario indica qué tipo de cuidados desea recibir en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Solamente un juez y dos médicos pueden decidir si usted no es capaz de tomar decisiones sobre su salud mental.

Este formulario le permite tomar decisiones sobre el tipo de cuidados que usted desea y no desea recibir. Usted puede utilizarlo para designar a un adulto que se encargue de tomar decisiones sobre sus cuidados. La persona que usted designe debe aceptar hablar en su nombre y cumplir sus deseos. Si usted no expresa sus deseos por escrito, esta persona decidirá por usted.

Este formulario sólo es válido por 3 años. Si usted pierde su capacidad de tomar decisiones durante esos 3 años, el formulario tendrá efecto. El formulario seguirá vigente hasta que usted pueda volver a tomar decisiones. Usted puede cancelar el formulario cuando pueda tomar decisiones sobre sus cuidados. Usted debe proporcionar el formulario a su PCP y a la persona que designe para que tome decisiones en su nombre.

Para obtener más información de la Declaración sobre el Tratamiento de Salud Mental,

visite el sitio web del Estado de Oregon: https://aix-xweb1p.state.or.us/es_xweb/DHSforms/Served/le9550.pdf.

Usted puede presentar una queja si su proveedor no cumple con los deseos indicados en el formulario. Utilice este formulario si desea presentar una queja:

<https://www.oregon.gov/OHA/PH/ProviderPartnerResources/HealthcareProvidersFacilities/HealthcareHealthCareRegulationQualityImprovement/Pages/index.aspx>. Envíe su

queja a:

Health Care Regulation and Quality Improvement

800 N.E. Oregon St., #465

Portland, OR 97232

Email: Mailbox.HCLC@odhsoha.oregon.gov

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

Fax: 971-673-0556

Cómo reportar el fraude, desperdicio y abuso

Somos un plan de salud comunitario y queremos asegurarnos de que el dinero del cuidado de la salud se destine a ayudar a nuestros miembros a estar sanos y saludables. Para esto necesitamos su ayuda.

Si usted sospecha de un caso de fraude, desperdicio o abuso, repórtelo tan pronto como pueda. Usted puede reportarlo de forma anónima. Hay leyes que protegen a las personas que reportan el fraude, el desperdicio y el abuso. Usted no perderá su cobertura si reporta un caso de este tipo. Es ilegal acosar, amenazar o discriminar a alguien que reporta un incidente de fraude, desperdicio o abuso.

El fraude a Medicaid es ilegal y PacificSource Community Solutions se lo toma muy en serio.

Estos son algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte de un proveedor:

- Un proveedor le cobra a usted un servicio cubierto por PacificSource Community Solutions
- Un proveedor factura servicios que usted no recibió
- Un proveedor le proporciona un servicio que usted no necesita basándose en su estado de salud

Estos son algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso por parte de un miembro:

- Acudir a varios médicos para que le receten un medicamento que ya le han recetado
- Utilizar la identificación de otra persona para recibir beneficios

PacificSource Community Solutions tiene el compromiso de prevenir los fraudes, el desperdicio y el abuso. Cumplimos con todas las leyes aplicables, incluyendo la Ley Estatal de Reclamaciones Falsas y la Ley Federal de Reclamaciones Falsas.

Cómo reportar un caso de fraude, desperdicio y abuso

Hay varias maneras de reportar un caso de fraude, desperdicio y abuso:

Usted puede llamar, enviar un fax, presentar el reporte en línea o escribir directamente a PacificSource Community Solutions. **Enviaremos cada reporte de sospecha de fraude, desperdicio o abuso cometido por un proveedor o un miembro a las agencias estatales que se indican a continuación.**

Llame al departamento de Servicio al Cliente de PacificSource Community Solutions 800-431-4135, TTY 711 o denuncie de forma anónima a través de nuestra línea directa EthicsPoint al teléfono 888-265-4068 o en línea en <https://secure.ethicspoint.com/domain/media/en/gui/16499/index.html>.

Fax: 541-322-6424

Envíe un reporte por email: CS@PacificSource.com.

Escriba a:

PacificSource Community Solutions

ATTN: Customer Service

PO Box 5729

Bend, Oregon 97708

Ó

Reporte los casos de fraude, desperdicio y abuso por parte de un miembro por teléfono, fax o por escrito a:

ODHS Fraud Investigation Unit

PO Box 14150

Salem, OR 97309

Línea de denuncia: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

Fax: 503-373-1525 Atención: Línea de Denuncia

En línea: <https://www.oregon.gov/odhs/financial-recovery/Pages/fraud.aspx>

Ó (específico para proveedores)

OHA Office of Program Integrity (OPI)

500 Summer Street NE, E-36

Salem, OR 97301

Línea de denuncia: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

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

Email seguro: OPI.Referrals@oha.oregon.gov

Ó

Unidad de Control de Fraudes de Medicaid (MFCU)

Oregon Department of Justice

100 SW Market Street

Portland, OR 97201

Teléfono: 971-673-1880

Fax: 971-673-1890

E-mail: Medicaid.Fraud.Referral@doj.state.or.us

En línea: <https://www.doj.state.or.us/consumer-protection/sales-scams-fraud/medicaid-fraud/>

Para reportar en línea un caso de fraude:

<https://www.oregon.gov/dhs/abuse/Pages/fraud-reporting.aspx>.

Quejas, apelaciones y audiencias imparciales

PacificSource Community Solutions se asegura de que todos los miembros tengan acceso a un sistema de quejas (quejas, apelaciones y audiencias). Tratamos que sea fácil para los miembros presentar una queja o una apelación y recibir información sobre cómo presentar una audiencia ante la Autoridad de Salud de Oregon.

Avísenos si usted necesita ayuda con cualquier parte del proceso de queja, apelación y/o audiencia. También podemos proporcionarle más información sobre cómo manejamos las quejas y las apelaciones. Si lo desea, puede solicitar una copia de nuestra plantilla de notificación. Si usted necesita ayuda o desea recibir más información, póngase en contacto con nosotros:

PacificSource Community Solutions
Attn: Appeals and Grievances
PO Box 5729
Bend, OR 97708
Teléfono: 800-431-4135 (TTY 711)

Usted puede presentar una queja

- Usted puede presentar una queja para hacernos saber que no está satisfecho con algo.
- Una **disputa** es cuando usted no está de acuerdo con PacificSource Community Solutions o con un proveedor.
- Una **queja** es una reclamación que usted puede presentar si no está satisfecho con PacificSource Community Solutions, sus servicios de salud o su proveedor. Una disputa también puede ser una queja.

Para facilitar las cosas, el OHP también utiliza la palabra **queja** para referirse a las reclamaciones y las disputas.

Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está satisfecho con algún aspecto de sus cuidados. Trataremos de corregir el problema. Sólo llame al departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135 (TTY 711). Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión. Para obtener información sobre los intérpretes calificados en temas de salud, llame al 800-431-4135 (TTY 711). Usted también puede presentar una queja ante la OHA o el Ombuds. Puede ponerse en contacto con la OHA al teléfono 1-800-273-0557 o con el Ombuds al 1-877-642-0450.

ó

Escriba a:

PacificSource Community Solutions
Attn: Appeals and Grievances
PO Box 5729
Bend, Oregon 97708

También puede descargar el formulario de queja en <https://pacificsource.com/medicaid/your-plan/member-documents-and-forms>.

Usted puede presentar una queja sobre cualquier cuestión que no sea una denegación de servicio o un beneficio y en cualquier momento de forma verbal o por escrito. Si usted presenta una queja ante la OHA, ésta se enviará a PacificSource Community Solutions.

Estos son algunos ejemplos de motivos por los que puede presentar una queja:

- Si usted tiene problemas para programar citas o conseguir un transporte
- Si usted tiene problemas para encontrar un proveedor cerca de donde vive
- Si usted no se siente respetado o comprendido por los proveedores de salud, el personal de los proveedores, los conductores o el personal de PacificSource Community Solutions
- Si hay cuidados de los que usted no está seguro si debe recibir, pero su proveedor de salud se los proporciona de todos modos
- Si usted recibe facturas por servicios que no aceptó pagar
- Si usted tiene una disputa sobre las propuestas de extensión de PacificSource Community Solutions para tomar decisiones de aprobación
- Si hay un problema con la seguridad de los conductores o vehículos
- Si hay un problema con la calidad del servicio recibido

Su proveedor o un representante pueden presentar una queja en su nombre, con su autorización por escrito.

Investigaremos su queja y le informaremos de lo que se puede hacer tan pronto como su salud lo requiera. Esto lo haremos en un plazo de 5 días hábiles a partir del día en que recibamos su queja.

En caso de que necesitemos más tiempo, le enviaremos una carta para informarle dentro de un plazo de 5 días hábiles. Le informaremos los motivos por los que necesitamos más tiempo. Sólo le pediremos más tiempo si es en beneficio suyo. Usted recibirá las cartas que le enviemos en su idioma preferido. Le enviaremos una carta dentro de un plazo de 30 días a partir del día en que recibamos su queja para explicarle lo que haremos para atenderla.

Si no está satisfecho con la forma en que manejamos su queja, puede informar a la Unidad de Servicio al Cliente del OHP llamando al 1-800-273-0557 o ponerse en contacto con el Programa Ombuds de la OHA. Los Ombuds son defensores de los miembros del OHP y harán todo lo posible por ayudarlo. Envíe un email a OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov o deje un mensaje al teléfono 877-642-0450.

Otro recurso para obtener ayuda y servicios en su comunidad es 211 Info. Llame al 2-1-1 o visite www.211info.org para obtener ayuda.

PacificSource Community Solutions, sus contratistas, subcontratistas y proveedores participantes no pueden:

- Impedir que un miembro utilice cualquier parte del proceso del sistema de quejas y apelaciones ni tomar acciones punitivas contra un proveedor que solicite un resultado rápido o apoye la apelación de un miembro.
- Pedirle que retire una queja, apelación o audiencia ya presentada o solicitada; o
- Utilizar la solicitud o la decisión de una queja, apelación o audiencia como motivo para tomar acciones perjudiciales contra un miembro o solicitar su baja.

Usted puede pedirnos que cambiemos una decisión que hayamos tomado. A eso se le llama presentar una apelación.

Usted puede llamar, escribir una carta o llenar un formulario para explicar por qué el plan debe cambiar su decisión sobre un servicio.

Si denegamos, suspendemos o reducimos un servicio médico, dental o de salud del comportamiento, le enviaremos una carta de denegación para informarle de nuestra decisión. A la carta de denegación se le conoce como "Aviso de Determinación

Adversa de Beneficios (NOABD)". También informaremos a su proveedor de salud sobre nuestra decisión.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene el derecho de solicitar que la modifiquemos. A eso se le llama presentar una apelación, ya que usted está apelando nuestra decisión.

¿No está de acuerdo con nuestra decisión?

Siga estos pasos:

1	Solicite una apelación Usted debe solicitarla dentro de 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. ¿Necesita una respuesta más rápida? Solicite una apelación rápida.
3	Lea acerca de nuestra decisión ¿Sigue sin estar de acuerdo? Usted puede solicitar que el estado revise la decisión. A esto se le conoce como una audiencia.
4	Solicite una audiencia Usted debe solicitarla dentro de un plazo de 120 días a partir de la fecha de la carta que recibió con la decisión sobre la apelación.

Más información sobre los pasos para solicitar una apelación o una audiencia

Paso 1

Solicite una apelación.

Usted debe solicitarla dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación (NOABD).

Llámenos al 800-431-4135 (TTY 711) o utilice el formulario de Solicitud de Revisión de una Decisión sobre el Cuidado de la Salud. Le enviaremos el formulario junto con la carta de denegación. También puede obtenerlo en <https://bit.ly/request2review>.

Usted puede enviar el formulario o la solicitud por escrito a:

PacificSource Community Solutions
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 5729
Bend, OR 97708

También puede enviar el formulario o la solicitud por fax al 541-322-6424.

¿Quién puede solicitar una apelación?

Usted o alguien con autorización escrita para hablar en su nombre. Esta persona pudiera ser su médico o un representante autorizado.

Paso 2

Espere nuestra respuesta.

Cuando recibamos su solicitud, analizaremos la decisión original. Un médico distinto revisará sus registros médicos y la solicitud de servicio para verificar que hayamos seguido las reglas correctamente. Usted puede proporcionarnos cualquier información adicional que considere útil para ayudarnos a revisar la decisión.

En apoyo a su apelación, usted tiene el derecho de:

- Proporcionar información o dar su testimonio en persona o por escrito.
- Presentar argumentos legales y de hecho en persona o por escrito.

Usted debe hacer esto dentro de los plazos de tiempo de la apelación que se indican abajo.

¿Cuánto tiempo tienen para tomar una decisión sobre mi apelación?

Disponemos de 16 días para revisar su solicitud y enviarle una

	<p>respuesta. Le enviaremos una carta en caso de que necesitemos más tiempo. Tenemos hasta 14 días adicionales para responder.</p> <p>¿Qué hago si necesito una respuesta más rápida? Usted puede solicitar una apelación rápida. A esto también se le llama apelación acelerada. Llámenos o envíe por fax el formulario de solicitud. Le enviaremos el formulario junto con la carta de denegación. También puede obtenerlo en https://bit.ly/request2review. Solicite una apelación rápida si usted no puede esperar una apelación normal porque eso pudiera poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad funcional. Le llamaremos y le enviaremos una carta dentro de un plazo de 1 día hábil para informarle que hemos recibido su solicitud de apelación rápida.</p> <p>¿Cuánto tiempo tarda una apelación rápida? Si usted solicita una apelación rápida, tomaremos nuestra decisión tan pronto como lo requiera su salud, en un plazo máximo de 72 horas a partir del momento en que recibamos la solicitud de apelación rápida. Haremos todo lo posible por ponernos en contacto con usted y su proveedor por teléfono para informarles nuestra decisión. Usted también recibirá una carta.</p> <p>Si usted así lo solicita o si necesitamos más tiempo, podemos ampliar el plazo hasta 14 días.</p> <p>Si se deniega la apelación rápida o si necesitamos más tiempo, le llamaremos y usted recibirá una notificación por escrito en un plazo de dos días. Las solicitudes de apelación rápida denegadas se convierten en apelaciones normales y deben resolverse en 16 días o posiblemente ampliarse 14 días más.</p> <p>Si usted no está de acuerdo con la decisión de ampliar el plazo de la apelación o si le negamos su apelación rápida, tiene el derecho de presentar una queja.</p>
<p>Paso 3</p>	<p>Lea nuestra decisión. Le enviaremos una carta con nuestra decisión sobre la apelación. A la decisión sobre la apelación también se le conoce como "Aviso de Resolución de la Apelación (NOAR)". Si usted está de acuerdo con la decisión, no es necesario que usted tome acción alguna.</p>
<p>Paso 4</p>	<p>¿Todavía no está de acuerdo? Solicite una audiencia. Usted tiene el derecho de solicitar que el estado revise la decisión de la apelación. A esto se le llama solicitar una audiencia. Usted debe solicitar una audiencia dentro de un plazo de 120 días a partir de la fecha de la carta de decisión sobre la apelación (NOAR).</p>

¿Qué hago si necesito una audiencia más rápida?

Usted puede solicitar una audiencia rápida. A esto también se le conoce como una audiencia acelerada.

Utilice el formulario de audiencia en línea en <https://bit.ly/ohp-hearing-form> para solicitar una audiencia normal o una audiencia rápida.

Usted también puede llamar al estado al teléfono 800-273-0557 (TTY 711) o utilizar el formulario de solicitud que recibirá con la carta. Usted puede obtener el formulario en <https://bit.ly/request2review>. Envíe el formulario a:

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

El estado decidirá si usted puede tener una audiencia rápida en un plazo de 2 días hábiles a partir del día en que reciba su solicitud.

¿Quién puede solicitar una audiencia?

Usted o alguien con autorización escrita para hablar en su nombre. Esta persona pudiera ser su médico o un representante autorizado.

¿Qué ocurre durante una audiencia?

Durante la audiencia, usted puede explicarle al juez de la Ley Administrativa de Oregon 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 audiencias

¿Qué pasa si no recibo una carta de denegación? ¿Aun así puedo solicitar una apelación?

Usted tiene que recibir una carta de denegación antes de poder solicitar una apelación.

Los proveedores no deben negarle un servicio. Tienen la obligación de ponerse en contacto con PacificSource Community Solutions para solicitar la aprobación del servicio.

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

¿Qué ocurre si PacificSource Community Solutions no cumple con el plazo de apelación?

Si tardamos más de 30 días en responder a su apelación, usted puede solicitar que el estado revise su caso. A esto se le conoce como una audiencia. Para solicitar una audiencia, llame al estado al teléfono 800-273-0557 (TTY 711) o utilice el formulario de audiencia en línea en <https://bit.ly/ohp-hearing-form>.

¿Puede otra persona representarme o ayudarme durante una audiencia?

Usted tiene el derecho de designar a otra persona para que lo represente durante la audiencia. Puede ser cualquier persona, como un amigo, un miembro de la familia, un abogado o su proveedor de salud. También tiene el derecho de representarse a sí mismo si lo desea. Si usted contrata a un abogado, deberá pagar sus honorarios.

Para obtener asesoría y una posible representación legal gratuita, llame a la Línea de Beneficios Públicos al 1-800-520-5292; TTY 711. Este servicio es una colaboración entre Legal Aid of Oregon y el Oregon Law Center. También puede obtener información sobre la ayuda legal gratuita en el sitio web OregonLawHelp.org.

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

Si usted ha estado recibiendo el beneficio o el servicio que se le denegó y nosotros dejamos de proporcionárselo, usted o su representante autorizado (con su permiso por escrito) pueden pedirnos que se lo sigamos proporcionando durante el proceso de apelación y audiencia.

Usted debe solicitarlo dentro de un plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso o de la fecha en que esta decisión entre en vigor, cualquiera que sea posterior. Usted puede solicitarlo por teléfono, carta o fax.

- Comuníquese con nosotros a los teléfonos 800-431-4135 (TTY 711); o
- Utilice el formulario de Solicitud de Revisión de una Decisión sobre el Cuidado de la Salud. Le enviaremos el formulario junto con la carta de denegación. También puede obtenerlo en <https://bit.ly/request2review>.
- **Responda "sí" a la pregunta sobre la continuación de los servicios en el recuadro 8 de la página 4 del formulario de *Solicitud de Revisión de una Decisión sobre el Cuidado de la Salud*.**

Usted puede enviar el formulario por correo a:
PacificSource Community Solutions
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 5729
Bend, OR 97708

También puede enviar el formulario o la solicitud por fax al 541-322-6424.

¿Tengo que pagar por la continuación del servicio?

Si usted decide seguir recibiendo el beneficio o el servicio denegado, es posible que tenga que pagarlo. Si cambiamos nuestra decisión durante la apelación o si el juez le da la razón a usted durante la audiencia, no tendrá que pagarlo.

Si cambiamos nuestra decisión y usted no estaba recibiendo el servicio o beneficio, aprobaremos o proporcionaremos el servicio o beneficio tan pronto como su salud lo requiera. No tardaremos más de 72 horas desde el día en que recibamos la notificación de que nuestra decisión ha sido anulada.

¿Qué ocurre si también tengo Medicare? ¿Tengo recursos de apelación adicionales?

Si usted está inscrito en PacificSource Community Solutions y en Medicare, es posible que tenga más derechos de apelación que los mencionados anteriormente. Llame al departamento de Servicio al Cliente al 800-431-4135 (TTY 711) para obtener más información. También puede llamar a Medicare al 541-382-5920 para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

¿Qué puedo hacer si deseo consultar los registros que se utilizaron para tomar la decisión sobre mi(s) servicio(s)?

Usted puede ponerse en contacto con Póngase en contacto con PacificSource Community Solutions al teléfono 800-431-4135 (TTY 711) para solicitar que le proporcionemos copias gratuitas de toda la documentación que se utilizó para tomar la decisión.

Palabras que usted debe saber

Apelación – Cuando usted solicita que su plan cambie una decisión con la que usted no está de acuerdo sobre un servicio que su médico le prescribió. Usted puede llamar, escribir una carta o llenar un formulario para explicar por qué el plan debe cambiar su decisión. A eso se le llama presentar una apelación.

Directriz avanzada – Un formulario legal que le permite expresar sus deseos sobre los cuidados al final de la vida. Usted puede designar a alguien para que tome decisiones de salud en su nombre en caso de que no pueda tomarlas por sí mismo.

Evaluación – Revisión de la información sobre los cuidados, los problemas de salud y las necesidades de un paciente. Esto se utiliza para saber si es necesario cambiar los cuidados y para hacer planes a futuro.

Saldos facturados (facturas sorpresa) – La facturación de los saldos es cuando usted recibe una factura de su proveedor por la diferencia entre lo que paga la CCO y el costo facturado por el proveedor. Esto ocurre cuando un plan no cubre el costo total de un servicio. También se le conoce como factura sorpresa. Los proveedores del OHP no deben facturar el saldo a los miembros.

Salud del comportamiento – Se refiere a la salud mental, las enfermedades mentales, las adicciones y los trastornos de uso de sustancias nocivas. Puede cambiar su estado de ánimo o su forma de pensar o de actuar.

Co-pago – La cantidad de dinero que una persona debe pagar por servicios como medicamentos de prescripción o consultas con el médico. Los miembros del OHP no tienen co-pagos. Los seguros de salud privados y Medicare en ocasiones aplican co-pagos.

Coordinación de los cuidados – Un servicio que le ofrece información, apoyo y recursos comunitarios. Le ayuda a recuperar su salud y a orientarse en el sistema del cuidado de la salud.

Acción civil – Una demanda que se presenta para obtener un pago. No se trata de una demanda por un delito. Algunos ejemplos son lesiones personales, cobro de facturas, negligencia médica y fraude.

Coaseguro – La cantidad que una persona debe pagar a un plan de salud por los cuidados recibidos. Suele ser un porcentaje del costo, como el 20%. El seguro paga el resto.

Leyes de protección del consumidor – Leyes y reglas destinadas a proteger a las personas y evitar las prácticas comerciales deshonestas.

Organización de atención coordinada (CCO) – Una CCO es un plan local del OHP que le ayuda a utilizar sus beneficios. Las CCO están formadas por distintos tipos de

proveedores de servicios de salud de una comunidad. Ellos trabajan conjuntamente para atender a los miembros del OHP en un área o región del estado.

Crisis – Un momento de dificultad, problema o peligro. Una crisis puede provocar una situación de emergencia si no se atiende.

Declaración sobre el Tratamiento de Salud Mental – Un formulario que usted puede llenar para cuando tenga una crisis de salud mental y no pueda tomar decisiones sobre sus cuidados. Este formulario le permite tomar decisiones sobre el tipo de cuidados que usted desea y no desea recibir. También le permite designar a un adulto que se encargue de tomar decisiones sobre sus cuidados.

Deducible – La cantidad que usted paga por los servicios de salud cubiertos antes de que su seguro pague el resto. Esto sólo aplica a Medicare y a los seguros de salud privados.

Dispositivos para habilitación y rehabilitación – Suministros para ayudarlo con los servicios de terapia o a realizar otras actividades cotidianas. Algunos ejemplos incluyen:

- Andadores
- Bastones
- Muletas
- Monitores de glucosa
- Bombas de infusión
- Prótesis y dispositivos ortopédicos
- Dispositivos de ayuda para la visión deficiente
- Dispositivos de comunicación
- Sillas de ruedas motorizadas
- Máquinas de respiración asistida

Diagnóstico – Cuando un proveedor descubre el problema, el padecimiento o la enfermedad.

Equipo médico duradero (DME) – Artículos tales como sillas de ruedas, andadores y camas de hospital que duran mucho tiempo. No se agotan ni se consumen como los suministros médicos.

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) – El programa de servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) ofrece servicios de salud integrales y preventivos a las personas menores de 21 años de edad que estén cubiertas por el Plan de Salud de Oregon (OHP). EPSDT proporciona servicios EPSDT médicamente necesarios y médicamente adecuados cubiertos por Medicaid para tratar cualquier padecimiento físico, dental, nutricional, de la vista, del desarrollo, de salud mental y de salud del comportamiento. La cobertura de EPSDT incluye todos los servicios cubiertos por el Plan de Salud de

Oregon (OHP), cuando sean médicamente necesarios y médicamente adecuados para la persona según lo dispuesto en el programa de EPSDT.

Padecimiento dental de emergencia – Cuidados inmediatos necesarios para tratar problemas o lesiones graves de los dientes y las encías. Algunos ejemplos son el dolor de dientes intenso, una inflamación inusual, un diente avulsionado y una hemorragia que no cesa.

Padecimiento médico de emergencia – Una enfermedad o lesión que tiene que atenderse de inmediato. Esto pudiera ser un sangrado que no se detiene, un dolor severo o huesos rotos. También pudiera ser algo que impida el funcionamiento correcto de alguna parte de su cuerpo. Una emergencia de salud mental es cuando una persona se siente fuera de control o siente que pudiera lastimarse a sí misma o a otras personas.

Transporte médico de emergencia – El uso de una ambulancia o una aeronave para recibir cuidados médicos. Los técnicos en emergencias médicas proveen atención médica durante el transporte o el vuelo.

ER o ED – Son abreviaciones en inglés que se refieren a la sala de emergencias o al departamento de emergencias. Es el área de un hospital donde usted puede recibir atención médica debido a una emergencia médica o de salud mental.

Cuidados en la sala de emergencias – Los cuidados que usted recibe cuando tiene un problema médico grave y no es seguro esperar. Esto puede ocurrir en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia – Los cuidados que mejoran o estabilizan un padecimiento grave, ya sea médico o de salud mental.

Servicios excluidos – Lo que no paga un plan de salud. Ejemplo: El OHP no paga los servicios para mejorar su apariencia (tales como la cirugía cosmética) y las cuestiones que mejoran por sí solas (tales como los resfriados).

Ley Federal y Estatal de Reclamaciones Falsas – Leyes que consideran como un delito que alguien haga un registro falso intencionalmente o presente una reclamación falsa para el cuidado de la salud.

Queja – Una reclamación que usted puede presentar si no está satisfecho con su CCO, sus servicios de salud o su proveedor. La OHP llama a esto una queja. Las leyes obligan a las CCO a responder a cada queja.

Servicios y dispositivos de habilitación – Servicios y dispositivos para aprender habilidades de la vida diaria. Un ejemplo es la terapia del habla para niños que no han comenzado a hablar.

Seguro de salud – Un programa que paga el costo del cuidado de la salud. Al contratar o inscribirse en un seguro, una empresa o agencia de gobierno paga el costo de los servicios de salud cubiertos. Algunos programas de seguro requieren de pagos mensuales, mismos que se conocen como *primas*.

Valoración del riesgo de salud – Una encuesta sobre la salud de un miembro. La encuesta incluye preguntas sobre la salud emocional y física, los comportamientos, las condiciones de vida y los antecedentes familiares. Las CCO utilizan la valoración del riesgo de salud para poner a los miembros en contacto con la ayuda y el apoyo adecuados.

Cuidados de salud en el hogar – Servicios que usted recibe en su hogar para ayudarle a vivir mejor después de una cirugía, una enfermedad o una lesión. Algunos de estos servicios incluyen la ayuda para tomar sus medicamentos o alimentos y la asistencia para bañarse.

Servicios de hospicio – Servicios para dar confort a una persona que se está muriendo y a su familia. Los servicios de hospicio son flexibles y pueden incluir el tratamiento para el dolor, la asesoría y los cuidados de relevo.

Servicios de hospital para pacientes externos – Cuando la cirugía o el tratamiento se realizan en un hospital y el paciente regresa a casa al terminar.

Hospitalización – Cuando alguien es admitido al hospital para recibir cuidados.

Medicaid – Un programa nacional que ayuda a pagar los costos del cuidado de la salud para personas de bajos ingresos. En Oregon se le conoce como el Plan de Salud de Oregon.

Medicamento necesarios – Se refiere a los servicios y suministros que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar un padecimiento médico o sus síntomas. También puede referirse a los servicios de tratamiento estándar.

Medicare – Un programa del cuidado de la salud para personas de 65 años de edad y mayores. También ayuda a las personas de cualquier edad con ciertas discapacidades.

Red – Los proveedores de servicios médicos, dentales, de salud mental, de farmacia y de equipos que trabajan bajo convenio con una organización de atención coordinada (CCO).

Proveedor participante o de la red – Cualquier proveedor que trabaje con su CCO. Usted puede consultar a los proveedores de la red sin costo. Algunos especialistas de la red requieren de una referencia.

Proveedor fuera de la red – Un proveedor que no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no paga las consultas de los miembros. Usted necesita obtener una autorización para acudir con un proveedor fuera de la red.

Exención y Acuerdo de Pago del OHP (OHP 3165 o 3166) – Un formulario que usted firma si acepta pagar el costo de un servicio que el OHP no paga. Sólo es válido para el servicio y las fechas exactas que se indican en el formulario. Para ver un formulario en blanco, visite <https://bit.ly/OHPwaiver>. ¿No está seguro de haber firmado un formulario de exención? Pregunte en el consultorio de su proveedor. Para ver el formulario otros idiomas, visite: www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

Servicios de un médico – Los servicios que usted recibe de un médico.

Plan – Una organización de salud mental o una CCO que paga el costo de los servicios del cuidado de la salud de sus miembros.

POLST – Órdenes portátiles de tratamiento para prolongar la vida. Un formulario que usted puede utilizar para asegurarse de que sus proveedores médicos cumplan con sus deseos sobre sus cuidados cerca del final de la vida.

Servicios posteriores a la estabilización – Servicios después de una emergencia para ayudar a mantenerle estable o para mejorar o tratar su condición.

Autorización previa (pre-aprobación o PA) – Un documento que indica que su plan pagará un servicio. Algunos planes y servicios requieren de una autorización previa antes de que usted pueda recibir el servicio. Los médicos suelen encargarse de esto.

Prima – El costo del seguro.

Cobertura de medicamentos de prescripción – Un plan o seguro de salud que ayuda a pagar el costo de los medicamentos.

Medicamentos de prescripción – Los medicamentos que le prescribe su médico.

Cuidados preventivos o prevención – Cuidados de salud para ayudar a una persona a mantenerse saludable. Por ejemplo, vacunarse contra la gripe o hacerse un chequeo cada año.

Proveedor de atención primaria (PCP) – Un profesional médico que cuida de su salud. Por lo general, él o ella es la primera persona a quien usted debe llamar cuando tenga un problema de salud o necesite recibir cuidados. Su PCP puede ser un médico, una enfermera practicante, un asistente de medicina, un osteópata o a veces un naturópata.

Dentista de atención primaria (PCD) – El dentista con quien usted suele acudir para el cuidado de sus dientes y encías.

Proveedor – Cualquier persona o agencia que proporcione servicios para el cuidado de la salud.

Referencia – Una referencia es una orden escrita de su proveedor en la que se indica la necesidad de recibir un servicio. Usted debe acudir con su proveedor para solicitar la referencia.

Servicios de rehabilitación – Los servicios que le ayudan a recuperar su salud. Estos servicios suelen ayudar después de una cirugía, una lesión o un periodo de abuso de sustancias nocivas.

Representante – Una persona designada para actuar o hablar en su nombre.

Valoración – Encuesta o examen para detectar enfermedades y necesidades de salud.

Cuidados de enfermería especializada – La ayuda de una enfermera para cuidar de las heridas, recibir terapia o tomar las medicinas. Usted puede obtener cuidados de enfermería especializada en un hospital, un centro de convalecencia o en su propio hogar mediante los cuidados de salud en el hogar.

Especialista – Un proveedor médico que cuenta con un entrenamiento especial para cuidar de una parte determinada del cuerpo o de un tipo de enfermedad.

Suicidio – El acto de quitarse la vida.

Telesalud – Cuidados de salud por vídeo o teléfono en vez de acudir al consultorio de un proveedor.

Transición de los cuidados – Algunos miembros que cambian de planes del OHP pueden recibir los mismos servicios y consultar a los mismos proveedores. Esto significa que los cuidados no cambiarán si usted cambia el plan de su CCO o si usted comienza o deja de recibir servicios del OHP a cambio de una cuota. A esto se le conoce como la transición de los cuidados. Si usted tiene problemas graves de salud, su plan nuevo trabajará con su plan anterior para proporcionarle los cuidados y servicios que usted necesite.

Trabajador de salud tradicional (THW) – Un trabajador de salud pública que colabora con los proveedores de salud para atender 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 Oregon. Existen seis (6) tipos diferentes de THW, incluyendo:

- Trabajadores de salud comunitarios
- Especialistas de bienestar entre pares
- Asesores de salud personal

- Especialistas de apoyo entre pares
- Doulas (asistentes de parto)
- Trabajadores de salud tradicionales de las tribus

Cuidados urgentes – Los cuidados que usted necesita recibir el mismo día para un dolor grave. También incluye los cuidados para evitar que una lesión o enfermedad empeore o para evitar la pérdida de funcionalidad de una parte del cuerpo.

Denunciante – Una persona que denuncia el desperdicio, el fraude, el abuso, la corrupción o los peligros para la salud y la seguridad públicas.