

Servicios relacionados con la salud

Formulario de solicitud de gastos flexible

- Los servicios relacionados con la salud se definen en las Reglas Administrativas de Oregón ([OAR 410-141-3500](#) y [410-141-3845](#)), los [términos y condiciones especiales de la exención 1115](#) y el Código de Regulaciones Federales (CFR) 45 CFR 158.150 y 45 CFR 158.151
- Se trata de servicios no cubiertos que se ofrecen como complemento de los beneficios cubiertos por el Plan Estatal de Medicaid de Oregón para mejorar la prestación de atención y la salud y el bienestar general de los miembros y la comunidad.
- **Los servicios flexibles**, que son servicios rentables que se ofrecen a un miembro individual para complementar los beneficios cubiertos, deben cumplir con los requisitos para:
 - Actividades que mejoran la calidad de la atención médica ([45 CFR 158.150](#)); o
 - Gastos relacionados con la tecnología de la información de salud y los requisitos de uso significativo para mejorar la calidad de la atención médica ([45 CFR 158.151](#)).

Instrucciones:

- Complete este formulario y la evaluación de riesgos de salud para que se revise esta solicitud. Puede enviarlos por fax al 541-677-5881, enviarlos por correo electrónico a flexspending@umpquahealth.com o entregarlos o enviarlos por correo al 3031 SE Stephens St. Roseburg, OR 97470, ATTN: Gestión de la utilización: gastos flexibles.
- Tenga en cuenta que todos los recursos deben agotarse antes de la aprobación de una solicitud de gastos flexibles. Esto debe apoyarse en la forma.
- Todas las solicitudes se procesarán en 5 a 10 días hábiles. Para solicitudes urgentes (se completarán las solicitudes en las que el plazo estándar pueda poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del miembro para alcanzar, mantener o recuperar las funciones máximas y se les notificará tan rápidamente como lo requiera el estado de salud del miembro y a más tardar en 72 horas). Estas solicitudes requerirán que llames a nuestro equipo de coordinación de cuidados al 541-229-4842.
- Si la solicitud es para servicios prestados por un proveedor/proveedor independiente, debe incluir un W9 para realizar el pago.
- Todas las solicitudes deben ser completadas por un proveedor/socio de la comunidad/coordinador de cuidados (con la excepción de las solicitudes en curso de continuación de los servicios que fueron aprobadas previamente o artículos como unidades de aire acondicionado o calefacción).

Información sobre los miembros			
Nombre del miembro:		ID de miembro:	
Fecha de Nacimiento:		Dirección del miembro:	
Teléfono del miembro:		Correo electrónico del miembro:	
Información sobre el remitente			
Todas las solicitudes deben ser completadas por un proveedor/socio de la comunidad/coordinador de cuidados (con la excepción de las solicitudes en curso de continuación de los servicios y las unidades de aire acondicionado/calefacción).			
Nombre del remitente:		Credenciales del remitente:	
Oficina remitente:		Correo electrónico del remitente:	
Teléfono del remitente:		Fax del remitente:	
Detalles de la solicitud			
Diagnóstico primario:			
Artículo o servicio solicitado:		Coste total esperado:	
Información del proveedor: (Dirección y número de teléfono o enlace)			
Duration of payment:		Frecuencia de pago:	
Una vez	Tres	Diario	Trimestral
Un mes	meses	Semanal	Anualmente
Dos meses	Otros:	Mensual	
Describa cómo el servicio solicitado trata o previene las afecciones de salud física, bucal o conductual, mejora los resultados de salud o previene o retrasa el deterioro de la salud:			
Describa cómo esto puede reducir de manera eficiente y efectiva los costos médicos y mejorar la atención (ejemplo: prevenir el ingreso hospitalario evitable):			

--

Describa en qué medida esto concuerda con el plan de tratamiento del miembro. (Si usted es un proveedor de tratamiento, el plan de tratamiento debe incluirse en la documentación o como un anexo):

--

Describa otros recursos comunitarios que se han buscado y el motivo por el que no se puede acceder a ellos. Indica los intentos y los resultados. (Se deben agotar todas las opciones de la comunidad y adjuntar la documentación de la denegación).

--

Solicitudes específicas

Solo solicitudes de membresía de gimnasio

- Las solicitudes iniciales deben incluir notas médicas que respalden la solicitud y deben ser presentadas por un proveedor/socio comunitario o coordinador de atención
- Las solicitudes iniciales solo se aprobarán en incrementos de 3 meses para garantizar que el miembro utilice los servicios
- Para que los miembros sean aprobados como miembros continuos, deben utilizar los servicios al menos 8 veces al mes

Si la solicitud es para una instalación que no sea la YMCA, proporcione una justificación que explique la necesidad de la instalación alternativa.

--

Solo solicitudes de aire acondicionado/calefacción

¿Tiene 55 años o más, o tiene 4 años o menos?		Sí	No
¿Vive solo o socialmente aislado?		Sí	No
¿Tiene antecedentes de enfermedades relacionadas con el calor que requieran tratamiento u hospitalización y que la refrigeración o la calefacción del hogar podrían haber evitado?			
		Sí	No
¿Tiene alguna de las siguientes afecciones que aumenta el riesgo de una enfermedad relacionada con el calor?			
65 años o más	Antecedentes de ciertas lesiones/tumores cerebrales o lesiones de la médula espinal	Enfermedad de Parkinson	
Obesidad morbosa	Hipertiroidismo	Uso de un medicamento que interrumpe la regulación de la temperatura	
Enfermedad cardíaca	Asma o EPOC	Esclerosis múltiple	
Diabetes			
trastorno por consumo de alcohol			
Solo asistencia temporal de alquiler/vivienda a corto plazo			
<ul style="list-style-type: none"> • La presentación debe incluir un acuerdo de miembro de vivienda temporal firmado por el miembro (consulte la última página). • Las solicitudes de asistencia para el alquiler también deben incluir el W9 del propietario. • El miembro debe contratar los servicios de coordinación de cuidados de la UHA antes de que se considere una solicitud. • Las solicitudes iniciales deben ser presentadas por un proveedor/socio de la comunidad/coordinador de cuidados. • Las estancias se aprobarán por el menor tiempo necesario y no superarán los 3 meses. 			
Por favor, selecciona el tipo de alojamiento:	Apartamento/unidad Casa	Hotel/Motel Vivienda transitoria	
¿Cuál es la duración prevista de la estancia?			
Indique las razones por las que se solicita la vivienda:			
Enumere los gastos mensuales actuales (adjunte un comprobante de gastos):			
Alojamiento	\$	Comida	\$
Utilidades	\$	Transporte	\$
¿Está empleado?			

¿Cuáles son sus ingresos mensuales?	
¿Está buscando empleo?	
Enumere las empresas o los trabajos que ha solicitado:	
Proporcione un plan para asegurar una vivienda a largo plazo en el futuro.	
¿Cuál es la dirección y la información de contacto de su arrendador/gerente?	
¿Su alquiler está vencido?	Sí No
¿Son frágiles desde el punto de vista médico (por ejemplo, recién nacidos, reciben quimioterapia o diálisis en curso, dependen del oxígeno, etc.) y corren el riesgo de quedarse sin hogar?	Sí No
¿Actualmente no tiene hogar o vive en viviendas deficientes o sufre una interrupción en su vivienda?	Sí No
¿Tiene una vivienda a corto plazo necesaria para recuperarse después del alta hospitalaria o de un procedimiento médico?	Sí No
¿Está inscrito en los programas New Day o New Beginning?	Sí No
¿Ya recibió su medicamento antiviral de acción directa (DAA) para el tratamiento de la hepatitis C?	Sí No
¿Tiene una identificación válida (requisito solo para hoteles)?	Sí No
¿Ha infringido anteriormente las reglas descritas en el Acuerdo de miembro de vivienda temporal (última página)?	Sí No

Acuerdo de miembro de vivienda temporal (a corto plazo)

Umpqua Health Alliance (UHA) ofrece servicios flexibles a sus miembros. Estos son para ayudarlo a pagar los servicios que no están cubiertos por sus beneficios de salud (servicios cubiertos). Son para ayudarlo con su salud y bienestar en general. Debe aceptar las siguientes reglas para obtener alojamiento a corto plazo en un hotel o motel. También debe completar cualquier otra documentación necesaria y cumplir con los criterios para recibir esta ayuda.

Nombre del miembro	
Nombre del hotel/motel	
Fecha de aprobación	
Fecha de entrada	

Seguiré todas las reglas del hotel o motel. Entiendo que el personal de la UHA u otro personal de proveedores puede ver cómo estoy durante mi estadía. Entiendo que se me pedirá que abandone el hotel o el motel si no sigo sus reglas. También se me pedirá que me vaya si no cumplo con este acuerdo. Si me piden que me vaya, sé que ya no recibiré esta ayuda. Entiendo que se me pedirá que me vaya si: Cause or threaten to cause injury to any staff or guests.

- Participar en acciones inseguras que puedan afectar la seguridad o la salud del personal o los huéspedes.
- Consuma o consuma drogas ilegales, alcohol o parafernalia (artículos o suministros utilizados para consumir drogas) mientras esté en el hotel o motel.
- Fume dentro o a menos de tres metros del hotel o motel.
- Haga que venga algún invitado. Todos los visitantes o cualquier persona que vaya a estar en la habitación deben figurar en el formulario de solicitud y ser aprobados por la UHA (niños o miembros de la familia).
- Acosar, causar o amenazar con causar daño al personal o a los huéspedes con lo que digo, escribo o hago.
- Causar o amenazar con causar daños a la propiedad de un hotel o motel.
- Use o amenace con usar cualquier arma en la propiedad de un hotel o motel.
- Lleve un arma al hotel o motel.

Entiendo que soy responsable de mis acciones. Esto incluye los daños a la habitación del hotel. También incluye infringir cualquier regla del hotel. Entiendo que debo tratar al personal y a los huéspedes del hotel con respeto. Entiendo que se puede dar un desalojo dentro de las 24 horas si la UHA, el personal del hotel/motel o mi proveedor sospechan que se ha infringido alguna norma o reglamento.

Firma del miembro: _____ **Fecha:** _____
Firma del proveedor: _____ **Fecha:** _____